Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil en contextos de pobreza y desnutrición crónica temprana : centro poblado Mi Perú distrito de Ventanilla Callao-Perú	Titulo
Moreno Zavaleta, María Teresa - Autor/a;	Autor(es)
Manizales	Lugar
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE	Editorial/Editor
2012	Fecha
	Colección
Relaciones afectivas; Desarrollo social; Cuidado infantil; Desnutrición infantil; Políticas públicas; Pobreza; Región Callao; Perú;	Temas
Tesis	Tipo de documento
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130402125354/TesisMariaTeresaMorenoZavaleta.pdf	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
http://biblioteca.clacso.edu.ar

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences

INTERACCIONES VINCULARES EN EL SISTEMA DE CUIDADO INFANTIL EN CONTEXTOS DE POBREZA Y DESNUTRICION CRONICA TEMPRANA

Centro Poblado "Mi Perú"

Distrito de Ventanilla

Callao-Perú

MARÍA TERESA MORENO ZAVALETA

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD

UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE

ENTIDADES COOPERANTES:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL, UNIVERSIDAD DISTRITAL, PONFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MANIZALES

2012

INTERACCIONES VINCULARES EN EL SISTEMA DE CUIDADO INFANTIL EN CONTEXTOS DE POBREZA Y DESNUTRICION CRONICA TEMPRANA

Centro Poblado "Mi Perú"

Distrito de Ventanilla

Callao-Perú

MARÍA TERESA MORENO ZAVALETA

Tutora:

PATRICIA GRANADA ECHEVERRI

Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de

Doctora en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD

UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE

ENTIDADES COOPERANTES:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL, UNIVERSIDAD DISTRITAL, PONFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MANIZALES

2012

Nota de aceptación

La tesis fue sustentada el día 22 de octubre de 2012 ante el jurado integrado por:

Doctora Myriam Salazar Henao
Doctora Sara Victoria Alvarado Salgado
Doctora María Cristina García Vesga

Directora de tesis: Patricia Granada Echeverri
Presidente: Dra. Sara Victoria Alvarado S.
Secretaria: Dra. Ligia López Moreno
Lector Internacional: Doctor Miguel Hoffmann
Lectora Nacional de la tesis: Angela Hernández
Lectora por el Programa Doctoral: María Cristina García V.

Calificación: Aprobada
Mención: Cum Laude

A mi hijo Gabriel y a José quienes acompañan mi vida y entregan su amor, su paciencia y comprensión. A mi madre, que desde el cielo me sigue recordando la importancia de la perseverancia y a mi padre por enseñarme que a quien más se le da más tendrá que dar.

Mis agradecimientos a la Sub-Gerencia de Programas Sociales de la Municipalidad de Ventanilla, a las señoras responsables del Vaso de Leche, a la Red de Salud de Ventanilla, al Centro de Salud Mi Perú, a la Sede Callao del Programa Nacional Wawa Wasi. A las promotoras del programa Adiós Anemia, a Marisela Chumpe, Rosario Arias, Marcos Adrianzén, quienes me facilitaron información y me abrieron las puertas para conocer y aprender de las familias del Centro Poblado Mi Perú en Ventanilla.

A Eduardo Cárcamo, Diana Santos y Marco de la Cruz quienes me ayudaron durante el trabajo de campo y análisis de la información.

A Jazmín de los Ángeles y Marianela Pérez quienes me acompañaron en la redacción final de la tesis.

A la Doctora María Cristina García, la Doctora Martha Llanos, el Doctor Miguel Hoffmann, la Dra. Angela Hérnandez, por sus valiosos aportes en la construcción y revisión final de mi trabajo de investigación.

A la Doctora Patricia Granada, por su confianza y acompañamiento, su aporte fue sustancial para cristalización de la tesis.

A María Elena Ugaz y mi equipo de trabajo de UNICEF, por alentarme y apoyarme hasta el final.

Contenido

RESUMEN 8
INTRODUCCION 10
1. JUSTIFICACION 12
2. SITUACION PROBLEMATICA 15
3. MARCO TEORICO 18
3.1 La desnutrición infantil y su modelo conceptual 18
3.1.1 Investigaciones sobre los factores asociados a la desnutrición 23
3.1.2 Efectos de la desnutrición crónica 28
3.2 El Sistema de Cuidado Infantil 31
3.2.1 Las Prácticas y Políticas Públicas del Cuidado Infantil 39
3.2.2 Las prácticas de cuidado según el contexto cultural 50
3.3 Las interacciones vinculares 54
3.3.1 La teoría del Apego y la vinculación afectiva 54
3.3.2 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner 68
3.3.3 La eco-eto-antropología de los vínculos 70
3.4 Los Programas Sociales relacionados al Cuidado Infantil 72
3.4.1 Crecimiento y Desarrollo 72
3.4.2 Programa Nacional Wawa Wasi 74
3.4.3 Programa del Vaso de Leche 77
3.4.4 Programa Adiós Anemia 80
3.4.5 Defensorías Municipales (DEMUNAS) 80
4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 82
4.1 Objetivo General 82
4.2 Participantes 82
4.3 Procedimiento 83
4.4 Instrumentos y Fuentes de Información 84
4.5 Plan de Análisis 87
5. RESULTADOS 88
5.1 Descripción de los Resultados 88
5.2 Narrativas 96
5.3 Interpretación de resultados 156
5.3.1 Interacción de la madre o el Cuidador con el niño durante los momentos de cuidado 157
5.3.2 El papel del cuidador en el sistema del cuidado entre escenarios del contexto 180
5.3.3 Interacciones vinculares identificadas en los sistemas de cuidado 214

6. CONSTRUCCION TEORICA 222
6.1 La constelación del cuidado 222
6.2 La gestión del cuidado 230
7. DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 236
REFERENCIAS 243
Anexo 1. Entrevista a profundidad al cuidador 258

RESUMEN

La presente investigación es un estudio multimétodo, que recoge la investigación acción participativa para formular, a partir de la información de campo, una construcción teórica que emerge de la descripción, análisis e interpretación de los resultados obtenidos, en un contexto específico.

El estudio surge motivado por identificar cómo se dan las relaciones afectivas y las prácticas de cuidado infantil en niños con desnutrición crónica temprana y sin desnutrición crónica del Centro poblado Mi Perú, ubicado en el distrito de Ventanilla, Región Callao-Perú.

Al iniciar el estudio empecé por profundizar la comprensión social de la relación vincular entre las diadas madre e hijo, las prácticas de cuidado y el estado nutricional del niño; al ir estudiando cada uno de los casos identifiqué diversos escenarios en los que transitan la madre y el niño desde la etapa de la gestación. Asimismo, pude observar que las relaciones afectivas no son únicamente atribuibles a las madres sino que también están presentes otros cuidadores que constituyen una constelación de cuidadores que inciden en el crecimiento y desarrollo de los niños. A su vez, pude observar que las prácticas de cuidado forman parte de un sistema de cuidado.

El contexto de pobreza y la carencia de recursos presionan a la madre a buscar diversas formas de cuidado y recurrir a las ofertas de servicios y programas públicos, redes sociales e iniciativas de instituciones privadas o de ONGs existentes en la zona (Visión Mundial). Adicionalmente, en algunos casos, la falta de información pertinente y oportuna, así como el débil apoyo familiar, limitan la capacidad de la madre o cuidadores a decidir lo mejor para ellos y para sus hijos, repercutiendo sus acciones en el estado nutricional del niño.

Actualmente las intervenciones realizadas para la reducción de la desnutrición infantil, se implementan según el modelo causal de UNICEF ideado por Urban Jhonson.

El modelo causal si bien da una mirada de las múltiples variables atribuibles al problema, directa o indirectamente se queda en una perspectiva de causa- efecto, limitando la comprensión real del problema, su complejidad y el soporte en el sistema de cuidado que va surgiendo de acuerdo al contexto de cada familia.

Durante el estudio se encontraron brechas conceptuales y deficiencias en el manejo técnico de la información por parte de los proveedores de servicios públicos, teniendo limitaciones para identificar oportunamente el problema nutricional y actuar asertivamente.

En el primer capítulo se hace un recorrido de las teorías existentes entorno a tres variables estudiadas: la desnutrición crónica -con su marco conceptual, las prácticas de cuidado como parte del sistema de cuidado y la interacción afectiva entre el niño y el o los adultos cuidadores.

En el segundo capítulo podrán conocer las narrativas de los casos estudiados, a través de la información recogida en las observaciones, entrevistas, videos, historias clínicas y otros documentos que permitieron construir historias de vida alrededor de los cuidados y las interacciones afectivas en los diversos escenarios donde transita el niño desde la gestación hasta los dos años.

En el tercer capítulo, se realiza el análisis e interpretación de los textos y contextos, identificando las relaciones vinculares existentes y cómo funciona el sistema de cuidado infantil desde la gestación.

Finalmente en el cuarto capítulo de la tesis se presenta la construcción teórica de dos categorías emergentes en la tesis, la constelación del cuidado y la gestión del cuidado, en contextos de pobreza extrema y desnutrición crónica temprana.

INTRODUCCION

La presente investigación surge con la intención de explicar las relaciones afectivas y prácticas de cuidado de los adultos y niños durante sus primeros años de vida, en un contexto urbano marginal y de pobreza y analizando dos grupos de niños, unos identificados con DC y otros con estado nutricional normal, de acuerdo a los diagnósticos emitidos por el establecimiento de salud.

Durante el análisis de los casos estudiados emergieron nuevas variables, las cuales se incorporaron en el estudio para una mayor comprensión de la relación entre la interacción afectiva y las prácticas de cuidado. Dichas variables surgieron del análisis del contexto en el que vivían las familias, ampliando la complejidad de la investigación.

Al ir en búsqueda de la diada madre niño, se pudo encontrar que no existe un solo cuidador sino que existe una constelación de cuidadores que de una u otra manera se encargan de la atención del niño, asimismo, las prácticas de cuidado, no son prácticas aisladas sino que están ligadas a un sistema de cuidado que se diferencian de acuerdo a las capacidades de gestión de los cuidadores principales.

Si bien el marco teórico centró su atención en los procesos de interacción afectiva en el niño y el adulto, el análisis del contexto obligó a ampliar los referentes teóricos, ahondando en las teorías actuales sobre las relaciones vinculares con el entorno y sus recursos existentes.

Si bien la desnutrición crónica temprana es la consecuencia de múltiples causas, al analizar la situación nutricional de los niños del estudio se pudo evidenciar la relación directa no solo con la falta de alimentos o las enfermedades prevalentes, sino que a su vez existen otros factores relacionados con el sistema de cuidado de cada niño que son las relaciones vinculares, las que no se han abordado a profundidad en el modelo causal de la DC.

Por otro lado la sensibilidad del indicador de crecimiento (Talla/Edad) permite reconocer a su vez que el problema nutricional no siempre es identificado a tiempo y por ello, los procesos de intervención se inician demasiado tarde, para revertir la situación nutricional y en otros casos dificultando la mejora del estado nutricional de los niños con DC.

La lectura de las narrativas de cada uno de los niños y niñas del estudio permitirá conocer de cerca las particularidades de cada uno y las formas como las familias y los cuidadores principales actúan para ofrecer condiciones para su crecimiento y desarrollo. A su vez, comprender cómo en condiciones de pobreza, los servicios y programas públicos influyen en la gestión del cuidado, por un lado pueden ser un complemento del cuidado pero por otro puede ser un obstáculo para ello; si esto es analizado por los profesionales y técnicos que trabajaban en la disminución de la desnutrición infantil les será más fácil adecuar sus intervenciones incorporando las interacciones vinculares que se establecen dentro de la familia y los actores del entorno.

1. JUSTIFICACION

La reducción de la desnutrición crónica en el Perú, es un objetivo complejo, la presente investigación, da elementos claves para una intervención individualizada, en el que el análisis del sistema del cuidado es fundamental para la prevención de la desnutrición crónica temprana.

El niño es un ser indivisible, no puede fragmentarse, requiere de un análisis integral, de tal manera que se conozca como en contextos de pobreza, se llevan a cabo las relaciones vinculares con sus cuidadores directos y en los diversos escenarios por donde transita.

En la actualidad, existen estudios empíricos realizados con muestras de países latinoamericanos, que permiten avalar y validar la influencia de la calidad del ambiente y la calidad de los cuidados sobre el crecimiento de los niños, sin embargo, se desconoce la existencia de estas investigaciones en el Perú, por lo que esta investigación contribuye a caracterizar la problemática del cuidado infantil en un distrito peruano con familias en extrema pobreza.

A pesar de los muchos esfuerzos por mejorar la calidad de vida de las personas, existe aún una deuda pendiente con la infancia temprana, la información estadística proveniente de la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES) nos permite evidenciar que a nivel nacional un 19% de los niños y niñas en situación de pobreza sufre desnutrición crónica, es decir retardo de talla, lo que influye en su desarrollo físico, motor, cognitivo y emocional.

Las políticas públicas existentes atribuyen el rol del cuidado a la familia enfatizando en la madre esta responsabilidad, siendo necesario identificar que además de la madre, los otros miembros de la familia, redes sociales y los servicios del Estado existentes en la localidad son también responsables de dicha tarea.

Ahondar en estudios que visibilizan a los niños como sujetos sociales nos permite identificar cómo son vistos por la sociedad y cuánto hacemos o dejamos de hacer por mejorar su calidad de vida y brindarle oportunidades para desplegar al máximo sus potencialidades.

El reto del Estado es cumplir su rol, es decir su mandato constitucional frente a la prioridad por la infancia, el mismo que está presente en la Constitución vigente en el Perú y en sus políticas públicas, por ello es necesario pasar de políticas declarativas a la implementación de acciones en los diferentes niveles del Estado, articulando acciones para sumar esfuerzos.

Si bien los cambios sociales son procesos lentos, se espera que la presente investigación permita repensar las políticas públicas dirigidas a la infancia temprana, analizando los diversos escenarios en los que transitan los niños en sus dos primeros años de vida.

A su vez, es prioritario que fortalecer el rol del Estado para que garantice los derechos de los niños y niñas de iniciar sus vidas de la mejor manera posible, involucrando a la familia y la comunidad.

El incremento de la inversión del Estado a favor de la infancia, ha sido notorio en los últimos años, por lo que la eficacia del gasto público es indispensable para gestión de Estado, este estudio identifica que las inversiones no están siendo efectivas y que se requiere de un mayor control de calidad de los servicios públicos.

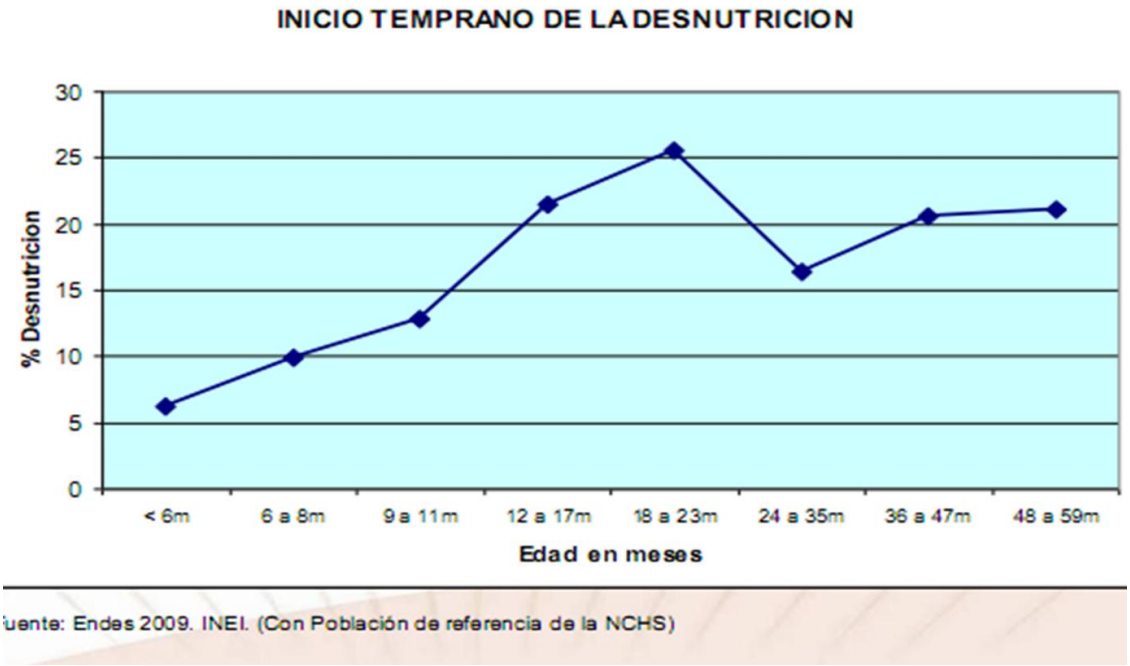
Este control de calidad, pasa no solo con dotar con mejores tecnologías o infraestructura adecuada, sino que también se requiere mejorar capacidades técnicas de quienes gestionan y operan los servicios públicos dirigidos a la infancia temprana, para que puedan brindar servicios con calidad pero también con calidez a madres y niños.

A pesar de existir numerosas investigaciones que nos permiten conocer la multicausalidad de la desnutrición crónica, a través de un modelo conceptual que ayuda a comprender que existen causas directas relacionadas no solo a la falta de alimentos y a la enfermedad sino también a las prácticas de cuidado, muy pocas investigaciones dan cuenta que las prácticas de cuidado están relacionadas a la calidad de las relaciones que existen entre los adultos cuidadores y los niños. La presente investigación profundiza en las relaciones existentes e identifica un sistema de cuidado infantil que está presente y es necesario comprenderlo para actuar oportuna y eficientemente.

2. SITUACION PROBLEMATICA

En el Perú, 15,2 % niños y niñas menores de treinta y seis meses se encuentra con desnutrición crónica[1], en las zonas rurales esta cifra se duplica. En los últimos diez años la reducción de la desnutrición crónica ha sido un gran desafío, numerosos programas han intervenido y los costos de inversión han sido muy altos, sin embargo, si bien los resultados nos muestran un descenso de diez puntos porcentuales, este aún sigue siendo un problema latente.

De acuerdo a los datos de la ENDES 2009, se aprecia el inicio temprano de la desnutrición crónica, que se da entre los 18 a 23 meses de edad, tal como se observa en el siguiente gráfico:



Un informe del Programa Mundial de Alimentos (PMA), muestra que, en el 2010, el 46.2% de los niños de 6 a 36 meses de edad en las áreas urbanas eran anémicos, proporción que se eleva a 57.5% en las áreas rurales

[1] Encuesta Demográfica de Salud (ENDES), 2011.

En el último decenio, los programas sociales han enfocado su accionar en la relación entre el estado nutricional del niño con la carencia de alimentos, proporcionando a la población alimentos o mejorando sus condiciones económicas, favoreciendo de alguna manera la seguridad alimentaria familiar. Entre los años 2006 y 2010, se implementó la Estrategia Nacional CRECER , cuyo objetivo principal fue articular las intervención de entidades públicas, privadas, cooperación internacional y sociedad civil, que directa o indirectamente están vinculadas al a lucha contra la pobreza.

En el marco de CRECER se promovió el establecimiento de prácticas saludables y el mejoramiento del entorno (agua segura y saneamiento básico) por ser considerados factores causales de la desnutrición.

Sin desconocer la importancia de los factores económicos, ambientales y de alimentación, es importante señalar que son muy pocos programas que incluyen dentro de sus componentes la mejora de las relaciones vinculares entre los adultos y niños durante sus primeros años, así como la comprensión del sistema de cuidado infantil en los diversos escenarios en el que transitan los niños y sus familias.

La reducción de la desnutrición crónica en el Perú, por tanto es y ha sido un objetivo complejo para las políticas públicas por ello, la presente investigación, incorpora al modelo conceptual actual de la desnutrición, elementos claves para el abordaje del problema y la formulación de políticas públicas pertinentes.

La presente investigación pretende responder a las siguientes preguntas:

¿Cómo son las interacciones vinculares entre madre, padre y/o cuidador con el niño o niña entre 6 y 18 meses de edad y cómo son las prácticas de cuidado en un contexto de pobreza y desnutrición crónica?

¿Cuáles son los límites y aportes de las teorías y sus implicancias en las políticas públicas para promover el cuidado infantil acorde a los contextos sociales, económicos y culturales de las familias?

3. MARCO TEORICO

3.1 La desnutrición infantil y su modelo conceptual

La desnutrición crónica es definida como longitud/talla para la edad menor a -2 DE (desviación estándar) de la mediana de la población de referencia y refleja la falla del crecimiento adecuado en longitud/talla en relación a la edad. La desnutrición crónica severa es definida como la longitud/talla en relación a la edad menor a -3 DE.

Generalmente la desnutrición crónica, también llamada talla baja, refleja los efectos acumulados de la inadecuada ingesta de nutrientes (no necesariamente de una inadecuada ingesta de energía) y/o de episodios repetitivos de enfermedades, especialmente de diarrea, y de la interacción entre ambos.

La reducción del retraso del crecimiento del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), señalado por OPS (2008), relacionados con la supervivencia de la niñez (ODM 4), así como es esencial la erradicación de la extrema pobreza y del hambre (ODM 1).

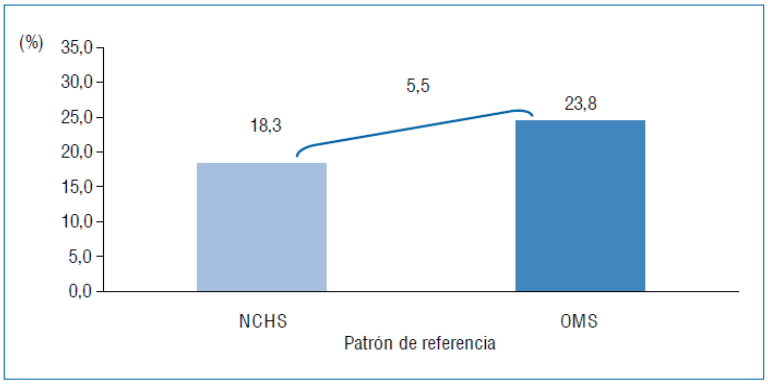
En abril del 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió los nuevos estándares de crecimiento para niños menores de 5 años. Estos estándares son el resultado de un estudio longitudinal y multicéntrico que involucró a más de 8,400 niños lactantes de África, Asia, Europa, Norteamérica, Sudamérica y del Medio Este. Los nuevos estándares fueron desarrollados para reemplazar la referencia previa elaborada por el NCHS[2] y que ha sido empleada por la mayoría de los países en todo el mundo, incluyendo los de América Latina y El Caribe. La referencia del NCHS fue recomendada por la OMS en el año 1977 y es conocida como la referencia NCHS/OMS, este patrón ha sido utilizado en el Perú hasta diciembre del 2010 que se publica la norma

[2] NCHS (National Center of Health Statistics)

de Crecimiento y Desarrollo difundiendo a nivel nacional el uso del nuevo patrón de referencia.

La aplicación en el Perú, desde diciembre del 2010 de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS trae como resultado el incremento de la prevalencia de la desnutrición crónica (talla baja) y del sobrepeso y la reducción de la prevalencia del peso bajo, comparativamente con la referencia previa (NCHS), tal como se observa en el gráfico siguiente:

Perú: Proporción de niñas y niños menores de cinco años con Desnutrición crónica, patrón NCHS y OMS, 2009



FUENTE: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2009.

En la década de los noventa el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) teniendo en cuenta que la desnutrición infantil constituye un fenómeno multifactorial, originado por factores diversos e interrelacionados, propuso como parte de la Estrategia Mundial del UNICEF sobre alimentación y nutrición, un marco conceptual para analizar causas o factores asociados a la desnutrición infantil, UNICEF (1990).

Este modelo conceptual utilizado por el Estado Peruano para comprender los factores causales de la desnutrición crónica, describe comprehensivamente los fenómenos relacionados al problema nutricional y organiza por niveles de proximidad causal, sin perder capacidad explicativa y sencillez. El modelo incluye al cuidado

materno-infantil inadecuado como una de las tres causas subyacentes, siendo las otras dos una seguridad alimentaria familiar insuficiente, y unos servicios de salud insuficientes.

Si bien las investigaciones que validan el validar el marco conceptual del UNICEF en el Perú y contribuido a organizar e identificar los factores de riesgo asociados a la desnutrición infantil, su utilización ha sido bastante limitada en tanto que, -sin dejar de reconocer la naturaleza multifactorial de la desnutrición infantil-, la mayoría de las investigaciones han soslayando su importancia como marco conceptual para analizar las relaciones entre factores básicos, subyacentes e inmediatos asociados a la desnutrición infantil, Arocena (2009).

Asimismo, si bien diferentes estudios empíricos han ratificado el modelo, que demuestran que una pérdida en el nivel de cuidado infantil o de la salubridad disminuye el desarrollo de los niños y contribuye decisivamente al aumento de la mortalidad en las hambrunas. Lo cierto es que de las tres causas subyacentes de la desnutrición, esto es, la alimentación, la salud y el cuidado, este último es el que menos se ha investigado y al que se presta menos atención.

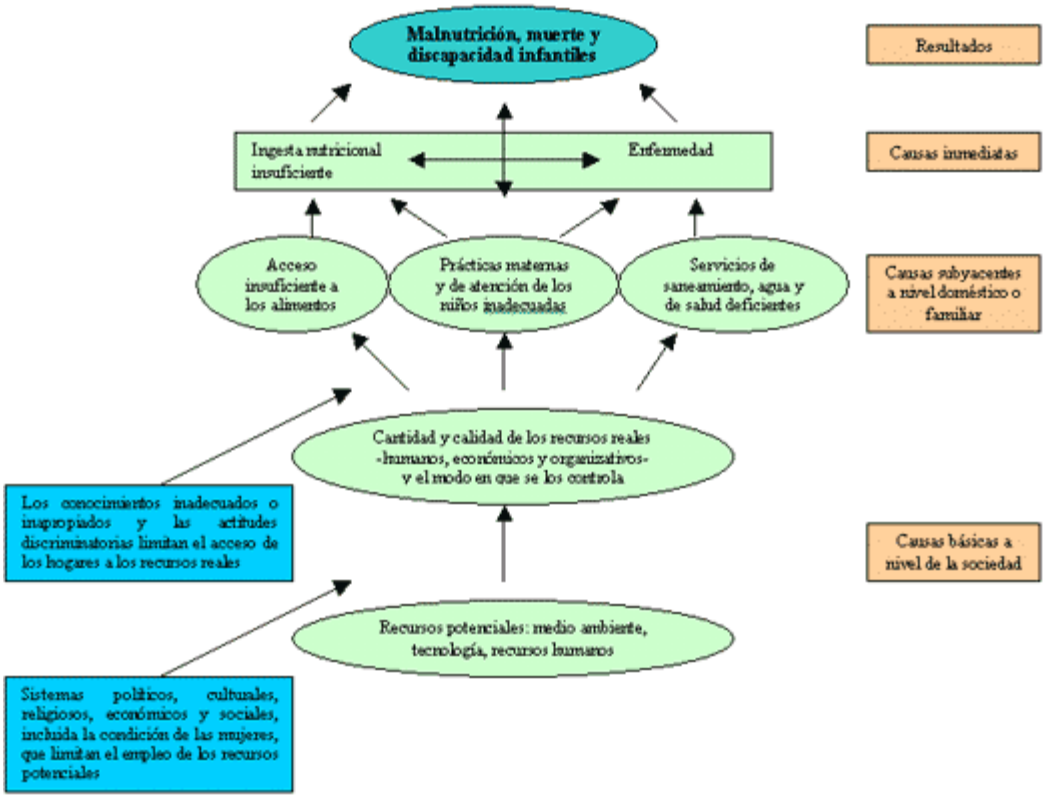
El modelo aceptado por la UNICEF (1990) jerarquiza en 3 niveles los factores que afectan el crecimiento del niño: causas inmediatas, causas subyacentes y causas básicas.

Causas inmediatas: Las enfermedades infecciosas y la ingesta inadecuada de alimentos son las causas inmediatas de desnutrición en la mayoría de los niños, estando de fondo las barreras como el acceso insuficiente a la comida, porque las familias no pueden producir o no pueden adquirir suficiente comida de alto contenido energético. A esto se suma el acceso a pobres servicios de saneamiento y servicios de salud de baja calidad, caros y que solo se utilizan ocasionalmente.

La ingesta insuficiente de micro nutrientes en concurrencia con la alta exposición a los agentes patógenos por prácticas no seguras de alimentación y mayor contacto del niño con el medio ambiente determina la adquisición de infecciones, estas a su vez aceleran el consumo y la pérdida de las reservas conllevando a un deterioro del estado nutricional que incluye el crecimiento inadecuado y deficiencias especificas de micronutrientes (Vitamina A, Hierro, Iodo, y Zinc), los que a su vez incrementan la susceptibilidad para la adquisición de infecciones. Estas deficiencias tienen efectos mayores en la salud y en el desarrollo cognitivo.

Causas subyacentes: Estas causas están relacionadas al entorno socio-económico familiar, que puede variar entre hogares, comunidades y países. Específicamente las causas se visibilizan en las inadecuadas prácticas de cuidado del niño. Estas prácticas incluyen la alimentación inadecuada a los niños enfermos, la falta de apoyo a las madres para amamantar al niño, las dietas inadecuadas para las mujeres, incluso los tabúes de comida durante y después del embarazo, entre otros.

Causas básicas: Están causas corresponden a nivel de la sociedad, de orden político, cultural, religioso y socioeconómico.



Fuente: UNICEF (1990). Strategy for improved nutrition of children and woman in developing countries. UNICEF policy review. New York:UNICEF

Por su parte, Patricia Engle[3] (1997), menciona que las prácticas de cuidado "dependen a su vez, del ambiente familiar o de las características de los cuidadores relacionadas a sus conocimientos, experiencias previas, actitudes, percepciones y valores que surgen alrededor de ellas, éstas prácticas no se visibilizan en el modelo conceptual, existen vacíos sobre cómo se dan las relaciones vinculares entre los cuidadores y los niños".

[3] Patrice Engle, profesora de Psicología y Desarrollo Infantil, trabajó por UNICEF en temas de Primera en Infancia en los países de CEECIS (siglas en inglés que significan Países de Europa Central y Oriental y Comunidad de Estados Independientes y Estados Bálticos) (01 Dic-1944 al 22 de set. 2012).

Según Richter L. (2004), la clave reside en que la persona que cuida al niño sea capaz de percibir su estado y sus necesidades; interpretarlos correctamente y dar una respuesta rápida y adecuada. Este es un factor determinante para un crecimiento saludable, la ausencia de una atención receptiva, se asocia a malnutrición y problemas en el desarrollo.

3.1.1 Investigaciones sobre los factores asociados a la desnutrición

Ampliando el Modelo Causal de UNICEF, es necesario profundizar en los factores que determinan la desnutrición crónica. Las investigaciones revisadas nos demuestran que la calidad de los ambientes inmediatos en los cuales los niños crecen, se desarrollan y aprenden tiene un impacto en el crecimiento y desarrollo de los niños. (Brazelton, T. B. y Greenspan, S. I., 2000; Greenough, W., Gunnar, M., Emde, R. N., Massinga, R y Shonkoff, J. P, 2001).

Numerosos estudios prueban la importancia del desarrollo cerebral temprano y la necesidad de una buena salud y nutrición. Sin embargo, Shonkoff (2003) señala que "el ingrediente activo del ambiente, que está determinando el crecimiento y desarrollo del niño, es la calidad de las relaciones que los niños tienen con los adultos importantes en sus vidas. Esta es la base más importante en su ambiente".

Fernando Mönckeberg (2003), de la Universidad Diego Portales de Chile, al plantear el tema de deprivación social, pobreza y desnutrición señala: "al estudiar el medio ambiente familiar de niños pertenecientes a los niveles de extrema pobreza se puede comprobar que este está muy deteriorado. Por lo general, la estructura de la familia está distorsionada y los roles parentales no se cumplen." Las afirmaciones de Mönckeberg, F. (2003) incorporan la relación de la pobreza como un factor que afecta la estructura familiar y los roles parentales. Sin embargo, aún en condiciones de pobreza existen niños que presentan normales niveles nutricionales. Lo que implica explorar y comprender cómo influyen las relaciones entre adultos cuidadores e hijos en sus prácticas de cuidado y por ende en su estado nutricional.

En condiciones de pobreza se puede evidenciar que las niñas y los niños están más expuestos a condiciones inseguras, sin embargo pueden estar recibiendo de su familia el apoyo necesario para sobrevivir de mejor manera, según sea el cuidado que los padres le presten. Las prácticas de cuidado podrían depender a su vez de la relación afectiva que establezcan los padres con sus hijos, que les permite dar respuesta de manera más oportuna a las necesidades que los hijos experimentan y a utilizar más óptimamente los recursos con que cuentan y prevenir la desnutrición crónica en sus hijas e hijas.

El ambiente familiar, para efectos de esta investigación estaría mediado por las relaciones afectivas existentes entre los adultos cuidadores y los niños y niñas, las cuales son influidas tanto por sus creencias como por su salud mental, tal como lo menciona Shonkoff, J. P. (2003) y Engle, P. (1998).

Engle (1998), señala que entre los recursos humanos a nivel familiar para la atención del niño, están los conocimientos, las creencias y el nivel de educación de las personas que dispensan la atención, así como un nivel de salud física y mental y autoestima suficiente como para aplicar su conocimiento.

En la tesis doctoral de Vera, N. J. (1996) cita que Zeitlin, M y Manssur, M. (1990) junto con otros (Cravioto, Cravioto y Bravo, 1988) desarrollaron diversos estudios relacionados con lo que ocurre en el ambiente inmediato en el cual el niño crece y se desarrolla.

Zeitlin y Manssur (1990) proponen el modelo de la desviación positiva, como una forma novedosa de aproximación al estudio del crecimiento y desarrollo del niño que toma en cuenta las características del niño, de la persona que lo atiende sin descuidar el sistema de apoyo social para la pareja. Esta posición implica en principio reconocer que las interacciones madre/niño y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones positivas para el cuidado del niño aun en condiciones socioeconómicas difíciles. La desviación positiva se refiere al estudio de las diferencias entre dos grupos

que viven en las mismas condiciones de vida y en donde uno de ellos mantiene un buen nivel de desarrollo y salud. Sin embargo, y tal vez por su formación profesional proponen intervenciones potenciales a nivel educativo, servicios sociales pero no hay propuestas específicas a nivel de la interacción madre-hijo, siendo este último elemento el que se abordará en la presente investigación.

Zeitlin y Mansour (1990) enfocan el crecimiento incorporando una dimensión psicosocial. El crecimiento se presenta en el modelo relacionando el estrés con el consumo de alimentos y salud de manera sinérgica. Realmente los autores enfatizan factores psicosociales más que los de tipo fisiológico como responsables de la desviación positiva, puesto que el efecto negativo del estrés psicológico sobre el uso de nutrientes y resistencia a la infección ya ha sido documentado.

Un niño que es mejor alimentado, saludable y se encuentra bajo menos estrés contribuye más efectivamente a la interacción madre-hijo; lo cual, a su vez dirige a una mejor alimentación salud y menos estrés. Dentro de las características de la madre se enfatizan el análisis de valores y actitudes. En síntesis el estudio nos devela que la calidad de la atención del niño y de la alimentación, que incluye la interacción madre-hijo y la atención de salud constituye la desviación positiva.

A. Schore (2001), por su parte, plantea que cuando el adulto cuidador establece una buena interacción afectiva con su bebé, es decir, entiende y responde a las señales del bebé, éste alivia su tensión o estrés. Esto hace, que el cerebro del bebé esté más dispuesto a interconectarse con nuevas experiencias de aprendizaje y no limite sus oportunidades para su crecimiento biológico y su desarrollo.

Por otro lado, los estudios realizados por Deiter Wolke, doctor de psicología clínica y del desarrollo, citados por Lartigue, T., Maldonado, M. y Ávila, H. (1998), concluyen que la privación materna no es una causa general del fallo del crecimiento (FDC) sino sólo en una pequeña minoría de casos. Sin embargo, estos estudios difieren a los realizados por René Spitz en 1946 citado por Bronfenbrenner, U (1979b), pues si

bien la posición del primer autor se relaciona más a causas de origen biológico como la capacidad de succionar de los lactantes que a menudo son hipotónicos o presentan problemas orales motrices para progresar hacia comidas de mayor textura, Spitz manifiesta que esos problemas motores se deben a la privación materna dado que los niños con privación materna suelen ser más somnolientos e hipotónicos y que dicha privación influye en el desarrollo físico.

Estas dos formas de analizar las causas de la desnutrición infantil, debe permitirnos tener en cuenta que no se trata de defender una u otra posición teórica, sino que ambas teorías deben estar presentes en el momento de realizar el diagnóstico nutricional para intervenir de acuerdo a cada caso en su propio contexto. Por ello, es tan importante poner atención a la conducta oro-motriz temprana (fallas orgánicas) como a la relación entre los cuidadores y el niño.

Uno de los aspectos a rescatar de los estudios de Wolke es que los patrones de alimentación de las madres influyen en la forma como alimentan a sus hijos. Madres con sobrepeso pueden imponer dietas estrictas a sus hijos, como también las madres con trastornos de alimentación también pueden influir en la alimentación de sus hijos trasmitiendo sus hábitos alimentarios.

Relación entre desnutrición y pobreza

En un análisis realizado por sociólogos de la división de Desarrollo Social de la CEPAL, Martínez, R. y Fernández, A. (2003), concluyen que la desnutrición se relaciona estrechamente con la extrema pobreza. Ambas variables presentan características específicas, por lo que no pueden ser tratadas como un solo fenómeno. Entre los diversos aspectos relacionados con la pobreza que inciden en la desnutrición, cabe destacar los siguientes:

- El bajo nivel de ingresos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesarias, o en ambas.

- La falta de acceso a la tierra afecta a la capacidad de acceso al crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos económicos.

- La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos en tiempos de caída de precios o crisis económicas.

- La falta de acceso y la deficiente calidad de los servicios de atención primaria de salud y de intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable.

- El bajo nivel educativo de los padres -en especial de la madre- y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria, en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo.

- La falta de acceso y deficiente calidad de los servicios de atención primaria en salud e intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable.

- La pérdida de capital social y la desarticulación de las redes de apoyo de los más pobres como consecuencia de procesos migratorios y conflictos sociales, limitan la capacidad de respuesta colectiva ante desastres naturales y económicos que dificultan su acceso a los alimentos.

Si bien, la escasez de recursos imposibilita la adopción de ciertas prácticas necesarias para un buen cuidado y nutrición de los niños pequeños, vemos que no es solo la falta de recursos sino que debemos comprender el problema de manera más

compleja, por ejemplo puede tenerse el recurso, sin embargo, se desconoce su utilización o la forma de utilizarlo, el cual puede variar de familia en familia, o también está muy condicionado a las prácticas culturales o a las prioridades que cada familia tiene de acuerdo a su nivel de satisfacción de necesidades.

3.1.2 Efectos de la desnutrición crónica

Existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños menores de tres años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños que se desnutren en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual, a la vez restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez**.**

Una nutrición pobre durante la vida intrauterina y en los primeros años tiene en los niños y niñas efectos profundos negativos (Martorell, 1996) como:

- Crecimiento físico y desarrollo motor retardados
- Efectos generales en el desarrollo cognitivo resultando en un bajo coeficiente intelectual(inferior 15 puntos a más en los severamente desnutridos)
- Un grado mayor de problemas de comportamiento y habilidades sociales deficientes en edad escolar.
- Atención disminuida, aprendizaje deficiente y logros educacionales más bajos.

El crecimiento estatural del niño viene determinado en sus genes, y se expresa totalmente si el medio ambiente que lo rodea es propicio y le proporciona todos los elementos necesarios para un crecimiento normal. En la medida en que el ambiente es propicio el potencial genético de la estatura se puede expresar totalmente. Por lo tanto, la calidad estatural es un buen indicador del nivel de vida de un país.

El estado nutricional de la población de un país es también un indicador de la calidad de vida de una población. Al referirnos específicamente a la niñez, el estado nutricional de la población infantil es una preocupación de los gobiernos y los organismos de ayuda humanitaria. Esta preocupación se basa en que por derecho humano todos los niños y niñas deben contar con una alimentación que les asegure la buena nutrición y como consecuencia su desarrollo integral.

Los efectos estructurales y funcionales de la desnutrición sobre el desarrollo del sistema nervioso son conocidos ampliamente, además de maximizar los efectos adversos de la deprivación socioambiental sobre el desarrollo (Landers, 1991). A cualquier edad, la desnutrición no necesita ser severa o prolongada para producir cambios comportamentales que pueden tener implicaciones importantes para la interacción padres-hijo y en la habilidad del niño para explorar y manejar su ambiente.

Sin embargo, la plasticidad cerebral, la cual es definida por el Instituto de Familia y Trabajo de la Universidad de Chicago como "la capacidad del cerebro para cambiar en respuesta a las demandas del ambiente", puede revertir los daños producidos por la desnutrición infantil, siempre en cuando se de al niño de manera sostenible un ambiente propicio y saludable para desarrollar sus capacidades.

Investigaciones realizadas por la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) en Argentina ha puesto en evidencia que niños menores de un año, con desnutrición avanzada, presentan un gran retraso del crecimiento, junto a una disminución significativa de su coeficiente intelectual. La aplicación de un programa de alimentación y estimulación psico-afectiva y motora intensa, durante tres meses, logra recuperar en buena parte, tanto el déficit de peso y talla, como el retraso del desarrollo intelectual. Sin embargo, la vuelta del niño a su ambiente familiar deprivado, aun cuando no se acompañe de desnutrición, produce un retroceso en el coeficiente de desarrollo intelectual. En cambio, cuando algunos de estos niños han sido adoptados por familias de mejor nivel socio-económico y cultural, logran al cabo de algunos años, cocientes de desarrollo intelectual normales para la edad (Mönckeberg, 1988).

Estos estudios también señalan la existencia de una etapa crítica, que se pone en evidencia en las dificultades para recuperar el déficit, en la medida que el tratamiento se inicia más tardíamente. Por ello, si éste se inicia a los seis años de edad, la recuperación no es posible.

El medio social juega un papel importante en la gran mayoría de los casos de desnutrición moderada, ya que generalmente se encuentra acompañada de otros problemas asociados a la pobreza, como espacios físicos inadecuados para proporcionar estimulación al niño en desarrollo, hacinamiento, bajo nivel educativo de quienes se relacionan con el infante, prácticas de crianza deficientes y patrones de maltrato infantil. Por ello, se ha reconceptualizado la contribución de la variable nutrición en las limitaciones intelectuales. De ser anteriormente considerada una relación de causalidad directa, se han reconocido en los últimos tiempos diversas interacciones entre la ingesta de alimento y algunos factores mediadores de tipo biológico y afectivo y otros propios del contexto social, que en conjunto constituyen elementos de riesgo (Pollitt et all., 1996).

Un estudio realizado por Di Iorio et al. (1999), señala que la problemática de la infancia pobre va mucho más allá de la desnutrición y sus secuelas, dado que la calidad de vida de gran número de niños se ve marcada por un desarrollo psicológico vulnerado que afectará su futura integración a una sociedad desarrollada.

Estudios realizados por el Centro de Recuperación Nutricional de CONIN (Cooperadora de la Nutrición Infantil), encontró que alrededor del 30% de lactantes desnutridos presentaban un coeficiente de desarrollo normal y no se sabía a qué atribuirlo, por ello se estudió el medio en el cual se desenvolvía el lactante y se logró determinar algunos factores asociados, tales como: antecedentes perinatales (hijos deseados, menos tiempo hospitalizados, mayores controles prenatales y suplementación nutricional durante el embarazo) y su relación afectiva (mayor equilibrio afectivo, parejas estables, se sienten queridas y además proporcionan al bebé alta estimulación por ser madres más sensitivas). Asimismo, se encontró factores no asociados tales como

el peso al nacer, nivel de escolaridad, edad de la madre y años de convivencia con la pareja (Álvarez et al. 1991).

Los estudios antes mencionados nos dicen que aún los niños desnutridos que crecen en situación de pobreza, con padres más sensibles y cariñosos podrían tener mayores posibilidades de revertir las secuelas de la desnutrición si se actúa oportunamente.

Por otro lado, las prácticas de las personas que cuidan al niño en relación a su ingesta alimentaria no solo deberían considerar la calidad, cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas que se ofrecen al niño; sino que también debe incluir las respuestas del cuidador hacia las señales del niño en relación al hambre y saciedad.

3.2 El Sistema de Cuidado Infantil

Noción de cuidado

El concepto de cuidado ha ido cambiando a través del tiempo, generalmente, sus definiciones han sido utilizados por el campo de la enfermería, así podemos encontrar autores como Watson J. (1979), que publica "Teoría del Cuidado Humano". Para esta teorista, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera(o) y paciente". La visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

Este concepto nos da una idea de que es un acto de interacción humana, recíproco e integral. Teoristas como Meleis (1985) plantean: "La enfermera interactúa

en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para causar o facilitar la situación de salud".

Lo anteriormente expuesto podría permitirnos comprender que la salud y el bienestar es el resultado de los cuidados de sí mismo y de los demás, para tomar decisiones para controlar la propia vida y asegurar que otros también lo hagan.

Cuidar, por tanto, no es solo una acción para que el otro sobreviva, sino para sentir al otro como sujeto, como un ser que al ser cuidado tiene la oportunidad de desarrollar mejor sus capacidades.

Este concepto de cuidado nos lleva a pensar que es necesario que el que cuida desarrolle características de interacción empática, sensibilidad para reconocer las demandas y ayudar al otro al logro de su autocuidado.

El cuidado está relacionado a la satisfacción de necesidades. Entendiendo por necesidades al estado de carencia fisiológica y psicológica. Las necesidades han sido estudiadas por Maslow (1991), quien discrimina dos tipos de necesidades, aquellas que considera ser las básicas o fisiológicas y otras que son necesidades relacionadas al desarrollo humano. Se considera que las necesidades fisiológicas son las más importantes porque se refiere a la sobreviviencia de las personas, en comparación con las otras que tienen que ver con los sentimientos de seguridad y pertenencia.

Barudy, J. et al. (2005), nos dice que "somos una especie afectuosa y cuidadora", los seres humanos tenemos una capacidad biológica para percibir situaciones de demandas, esta capacidad está presente en el ser humano, es innato. También podríamos decir que es una capacidad adquirida, porque se desarrolla en la medida que el ser humano recibido cuidados, es decir un ser humano desarrolla más posibilidades de

cuidar, si ha vivido experiencias favorables de cuidado. La formas de cuidado quedan impregnadas en los seres humanos, si hemos sido cuidados con delicadeza, ternura y esmero, probablemente también desarrollemos estas mismas cualidades para cuidar a otro. Si nos cuidaron sin respeto, nos maltrataron o impusieron a la fuerza formas de cuidado de manera autoritaria o negligente, es probable que la persona tenga luego dificultades para cuidarse y cuidar a otros.

Ahora bien, si el cuidado es característico de los seres humanos entonces podríamos decir que forma parte de la vida cotidiana de los sujetos formando un sistema de relaciones que abarca no solo a la familia sino también a otros actores presentes durante los primeros años de vida.

Sin embargo, Aguirre, R. (2003), señala "podemos concebir el cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que los recibe. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley sino que también involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas". Asimismo, añade que la Arlie Russell Hochschild (1990) precisa que: "El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se pueden considerar quesean completamente naturales o sin esfuerzo. Así nosotras ponemos en el cuidado mucho más que naturaleza, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo".

Investigadoras holandesas Trudie Knijn y Monique Kremer (1997), definen el cuidado como la provisión diaria de atención social, física, síquica y emocional a las personas. Para estas autoras, esta provisión de cuidados puede asumir distintas características:

a. por trabajo remunerado o no remunerado;

b. sobre la base de un acuerdo o de forma voluntaria;

c. de forma profesional o basada en obligaciones morales.

La vulnerabilidad de la estructura de cuidados puede ser explicada por dos de sus principales características: el carácter genérico del brindador de cuidados, y la posición social débil del receptor de cuidados. El brindar cuidados es una actividad altamente genérica, y viceversa, es por medio del cuidado que la identidad genérica de las mujeres es construida. La posición de las mujeres en la familia, sus oportunidades en el mercado de trabajo, su relacionamiento con parientes es definida en términos de su potencialidad de brindar cuidados y de la realización de su capacidad de cuidar. Cuidado y feminidad son dos caras de la misma moneda, están mutuamente relacionados.

De acuerdo a las definiciones presentadas, se visualiza la necesidad de desarrollar una nueva perspectiva de la necesidad de cuidados y responsabilidades domésticas, del valor social de estas actividades y de su carácter constitutivo de la ciudadanía social. En definitiva, se trata de "desprivatizar" este tema, es decir, sacarlo de la esfera privada y convertirlo en un tema de interés público. El elemento central es, entonces, dejar de tratar el tema solo desde el ámbito familiar para comenzar a tratarlo como un problema colectivo, social y que por ello requiere de respuestas colectivas.

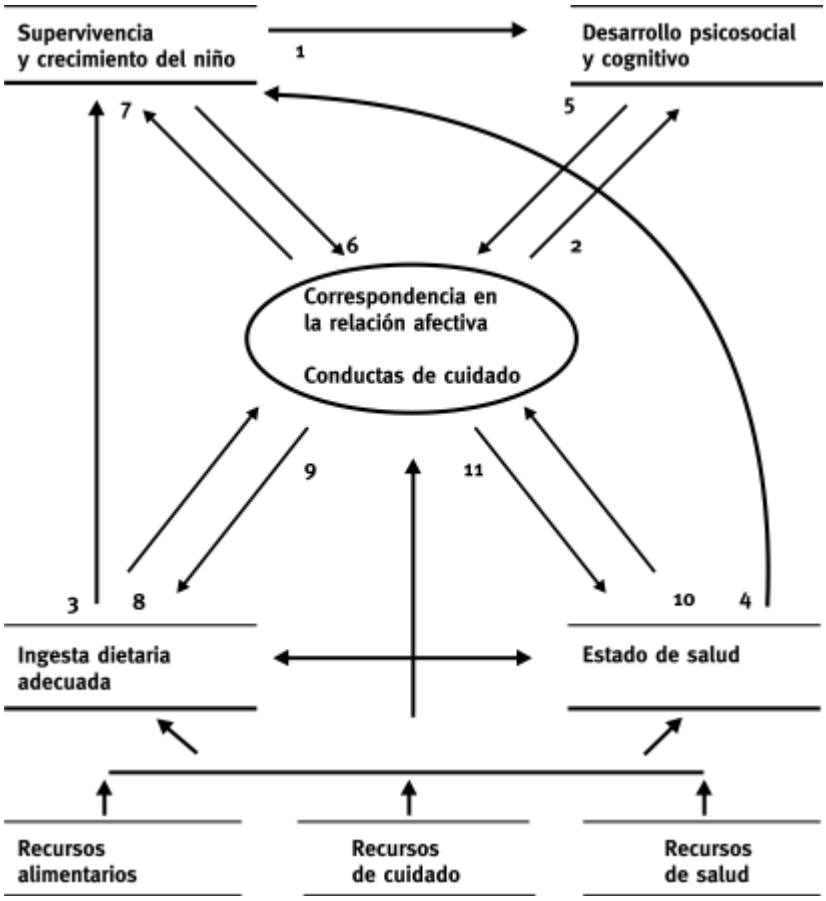
De acuerdo a lo anterior, se puede definir el cuidado como la provisión en el hogar y en la comunidad de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales del crecimiento del niño y otros miembros de la familia.

Modelo de Cuidado UNICEF

El modelo conceptual de desarrollo de 1990 definía al cuidado, la alimentación segura en el hogar y el ambiente saludable como los 3 factores determinantes de la incorporación de nutrientes, la salud y, por lo tanto, de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo.

A partir del modelo original se formuló un modelo extendido, que plantea que la provisión de cuidados efectivos requiere tiempo y otros recursos, y que el niño desempeña un rol en determinar la propia provisión de recursos. Incorpora el concepto de cuidar al cuidador. Los recursos humanos y organizacionales identificados con respecto al cuidador en este modelo son: a) educación, conocimientos, creencias; b) salud y estado nutricional; c) salud mental, ausencia de estrés, autoconfianza; d) autonomía, control sobre los recursos, ubicación dentro de la familia; e) carga laboral y restricciones de tiempo; f) apoyo social de parte de los otros miembros de la familia y la comunidad.

El modelo transaccional incluye no sólo la conducta del cuidador sino también la conducta del niño y las características del contexto ambiental. Estos 3 factores desempeñan un papel importante en el crecimiento y desarrollo del niño. Este modelo de cuidado argumenta que las características de los niños (cómo están dotados en cuanto a la salud, la percepción por parte del cuidador de la vulnerabilidad del niño, de su peso, de su aspecto físico) generan una serie de interacciones. Las interacciones que se generan son consecuencia de sensaciones, sentimientos y representaciones del adulto a partir de su contacto con el niño y de las respuestas del niño a partir de la relación con el adulto. Estas interacciones o transacciones entre el niño en desarrollo y el cuidador cambian en la medida que se van produciendo cambios en el estado de desarrollo del niño. En el fondo de este proceso se encuentra el vínculo de apego entre ambos. UNICEF sugiere un modelo de trabajo, propuesto por Engle, et al. (1997), denominado modelo transaccional de cuidado. Este modelo argumenta que los resultados o efectos de las características de los niños son una función de una larga serie de interacciones mutuas, o transacciones, entre el niño en desarrollo y el cuidador, y que estas interacciones siguen cambiando constantemente con los cambios en el estado de desarrollo del niño. Este modelo se basa en el reconocimiento de que las diferencias entre los niños (estado de salud, percepción de la vulnerabilidad por parte del cuidador, percepción del peso) afectan las conductas de sus cuidadores por lo cual intenta incluir la conducta del cuidador, la conducta del niño y el ambiente (Engle, Menon y Hadad; 1997).



Fuente: Engle P. y Huffman S. Care for life.UNICEF NY 1996

En este modelo se ilustran los diferentes caminos en los que la relación afectiva niño - cuidador, y las conductas de cuidado resultantes, pueden influir en el crecimiento, desarrollo cognitivo y psicosocial, ingesta alimentaria y estado de salud, y cómo el crecimiento y el desarrollo del niño pueden influir, a su vez, en el cuidado y la relación afectiva.

1) Relaciona crecimiento con desarrollo cognitivo (ejemplo, micronutrientes).
2) La relación cuidador - niño influye sobre el desarrollo cognitivo y psicosocial.
3) Relaciona ingesta dietaria con crecimiento.
4) Relaciona situación de enfermedad con enlentecimiento del crecimiento.
5) Un niño con menos dificultades cognitivas generará una relación afectiva con más facilidad con el cuidador.

6) La naturaleza de la relación afectiva con el cuidador puede influir en el crecimiento del niño.

7) La percepción del cuidador en relación al crecimiento del niño puede asociarse con la actitud de cuidado que el adulto brindará al niño.

8) La cantidad que el niño come puede jugar un papel en la relación con el cuidador. Los cuidadores pueden tener problemas con el niño que rehúsa comer y esto constituye una causa común de consulta a los pediatras.

9) Una relación afectiva positiva conduce a una ingesta alimentaria mayor.

10) La salud del niño puede influir en la naturaleza de la relación afectiva.

11) La calidad de la relación del cuidador hacia el niño puede influir en el estado de salud del niño.

Este modelo lo que nos aporta, es que no basta con "enriquecer" la alimentación, es necesario trabajar para "enriquecer" con igual intensidad la calidad de cuidado.

En circunstancias desfavorables de pobreza y limitadas oportunidades para el desarrollo de capacidades por parte de los cuidadores, la calidad del cuidado tiene diversos matices que se van identificando de acuerdo a las relaciones que se establecen entre los cuidadores y el niño, siendo determinantes para la nutrición de los niños y niñas y su desarrollo integral.

Calidad de los cuidados

Las relaciones que se establecen entre cuidadores y niños han sido estudiadas por numerosos investigadores, sobretodo la calidad del cuidado institucionalizado. El Dr. Jay Belsky, lleva tres décadas buscando más respuestas sobre los efectos del cuidado infantil. El ambicioso SECC[4] , el mayor estudio sobre el cuidado infantil realizado en Estados Unidos, concluye el cuidado de baja calidad y los períodos prolongados de tiempo con el proveedor del cuidado puede poner en peligro la calidad de la interacción

[4] Study of Early Child Care and Youth Development.

con sus madres. La gran controversia es que para muchas familias, la decisión de si la madre debe buscar trabajo o seguir trabajando fuera de casa después de tener a un bebé es una situación difícil de abordar, sobretodo porque demasiadas madres, tristemente, no tienen otra opción. Es así que los padres que dependen de sus trabajos con horarios rígidos deben buscar el cuidado infantil no materno que sea seguro y de la más alta calidad.

En las investigaciones sobre el cuidado infantil es posible diferenciar tres grupos.

• Uno fuertemente influido por la teoría del apego y la preocupación por el efecto de la separación del binomio madre-hijo en el desarrollo infantil.

• Un segundo grupo que reconoce la diversidad de los ambientes de cuidado infantil y analiza cómo su calidad afecta el desarrollo.

• Un tercer segmento (más reciente) que analiza la relación que existe entre las características familiares y los ambientes de cuidado, y el desarrollo infantil.

Un grupo menor de investigaciones, por último, centra su atención en la importancia que la red de apoyo social tiene para el desarrollo de los primeros años (Melhuish, 2001). En este sentido, no hay evidencias que permitan sostener cuál es el mejor modelo de articulación de las redes de servicios para este grupo de edad.

El sistema de Cuidado

El sistema de Cuidado se construye de acuerdo a las características de las familias, la comunidad y los servicios existentes. En la actualidad, existen numerosos modelos de cuidado infantil propuestos en diferentes países para garantizar el ejercicio del derecho de los niños y niñas de crecer y desarrollarse integralmente y en óptima condiciones. En el Perú, como se detallará más adelante existen programas sociales de cuidado infantil, que tuvieron su origen en la comunidad y sin pretender ser institucionalizados, están siendo constantemente evaluados para mejorar su pertinencia y calidad de atención.

El sistema de cuidado tiene como finalidad ofrecer a los niños la satisfacción de sus necesidades básicas, de salud, nutrición, aprendizaje, habitabilidad y afecto, siendo este último componente muy poco trabajado.

Forman parte del sistema de cuidado el conjunto de actores que de una u otra manera tienen la responsabilidad de garantizar el crecimiento y desarrollo de los niños, en este caso está el sector salud, educación y protección, también podría mencionarse al sector trabajo que otorga políticas públicas a favor de los trabajadores que son padres y madres de familia.

A continuación se describen dos aspectos importantes a considerar dentro del sistema de cuidado, las prácticas y las políticas públicas del cuidado y las prácticas de cuidado de acuerdo al contexto cultural.

Si bien el primer aspecto es lo que más se promueve a partir del sector salud, el segundo aspecto es todavía un gran reto para las intervenciones porque se requiere reconocer prácticas presentes en la vida cotidiana de las familias, muchas de ellas trasmitidas de generación en generación, que forman parte del sistema de cuidado y que pueden ser favorables o no para el crecimiento y desarrollo de los niños.

3.2.1 Las Prácticas y Políticas Públicas del Cuidado Infantil

De acuerdo al documento técnico elaborado por la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, MINSA (2010), se definen como prácticas saludables de cuidado infantil a las acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños menores de 36 meses, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. Siendo necesario contar con condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables y garanticen estilos de vida saludables en la familia.

En base al modelo causal de la desnutrición crónica infantil y mortalidad materna neonatal, el Ministerio de Salud, ha priorizado 13 prácticas saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo óptimo de las niñas y los niños menores de 36 meses.

1. Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación.
2. Atender el parto en un establecimiento de salud.
3. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.
4. Brindar los cuidados adecuados al recién nacido.
5. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.
6. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continúa con la lactancia materna (LM) hasta los 24 meses a más.
7. Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas y niños de 6 a 24 meses.
8. Llevar a las niñas y niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.
9. Estimular de manera oportuna a la niña y el niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.
10. Llevar a las niñas y los niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.
11. Lavarse las manos con agua y jabón.
12. Consumir agua segura
13. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.

A partir de éstas prácticas enunciadas por el Ministerio de Salud, se profundizará tres prácticas relacionadas con la nutrición y la relación afectiva:

a. Atención al recién nacido
b. La lactancia materna
c. La alimentación complementaria.

a) Atención al recién nacido

Existe evidencia suficiente para afirmar que aquellos determinantes que más afectan a la etapa neonatal son las prácticas de cuidado del binomio madre – hijo; es decir, entre las prácticas más importantes está el parto institucional y la atención del

recién nacido. Estas prácticas son asumidas por el sector salud a través de protocolos establecidos y adecuados culturalmente de acuerdo a la diversidad del país.

En el Perú, la cobertura del parto institucionalizado ha aumentado, y en consecuencia la atención profesional del recién nacido. Sin embargo, el riesgo de muerte neonatal continua siendo alta entre los más pobres, situación que no necesariamente radica en la falta de intervenciones, sino en el hecho de lograr que estas lleguen a quienes más lo necesitan, que sean sostenibles, adecuadas a las características sociales y culturales de cada región y cada comunidad, sin importar cuán dispersas o alejadas pueden estar.

Brazelton, et al. (1993) resalta, además de muchos otros temas, la importancia que da a la formación del vínculo ya desde el embarazo. Dice este autor: "El vínculo con un recién nacido se construye ya desde el embarazo y forma parte de las relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte del mundo de los padres durante nueve meses".

Al llegar el momento del parto, la madre debe estar lista para crear un nuevo vínculo y también dispuesta a ingresar en esa condición que Winnicott (1987), describió como una forma de "enfermedad normal".

Una de las prácticas de atención al recién nacido es el contacto piel con piel (CPP) entre el RN y su madre, nada más nacer.

El ser humano es el ser más indefenso de la naturaleza. Pero durante los 9 meses de embarazo ha oído la voz de su madre (modificada y mezclada con otros sonidos) y ha estado en contacto con el olor materno (el del líquido amniótico, que lo distinguen y prefieren al de otros líquidos amnióticos). La secreción de noradrenalina en el encéfalo del RN facilita el aprendizaje olfatorio. El olor materno es particularmente llamativo para los RN y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (Porter, 2004). Si el bebé es colocado

precozmente sobre su madre, en contacto piel con piel, se acelera el reconocimiento del olor materno. Si se le deja en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y, tras varios intentos, comienza a succionarla (Righard, et al., 1990; Klaus, 1998; Porter, 2004). A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que tiene el CPP inmediato sobre la duración de la lactancia materna. Por ello, el CPP forma parte de los 10 pasos de la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños",

Otro beneficio del CPP es el que señala Rivara, et al. (2007), que atribuye al CPP la disminución de los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas post-parto mejorando la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna.

Normas técnicas para la atención del Recién Nacido

El Ministerio de Salud ha aprobado un conjunto de normas técnicas dirigidas a mejorar la atención del recién nacido, entre las Resoluciones Ministeriales más importantes tenemos: La RM 1041-2006/MINSA resuelve la aprobación de 12 guías de práctica clínica para la atención del recién nacido y la RM 193-2008/MINSA aprueba la norma técnica para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud materna neonatal**.**

Estas normas entre otras promueven el alojamiento conjunto y el contacto piel a piel al momento del parto. También se han incluido en las normas el acompañamiento de un familiar durante el parto y la adecuación cultural de acuerdo a la decisión de la madre sobre cómo desea ser atendida.

En la mayoría de los hospitales se inicia la aplicación del paquete de intervenciones a partir de diciembre del 2008.

b) La lactancia materna

La lactancia materna, además de proporcionar al niño un alimento completo y adecuado para su edad, también el acto de amamantar proporciona al niño seguridad afectiva. La lactancia materna constituye por tanto una relación estrecha entre el afecto y la nutrición. Numerosos estudios han demostrado, que los niños menores de 6 meses amamantados exclusivamente con leche materna, ganan peso y alcanzan una talla normal para edad, asociado al crecimiento, los niños demuestran capacidades de aprender y responden favorablemente a estímulos de aprendizaje.

Alimentar de seno es una forma de comunicación (Winnicott, 1987). La madre construye un ambiente que facilita y permite que los procesos naturales del crecimiento de niño se desplieguen. La actitud de la madre y el bebé hacia el seno es importante para comenzar entender la interacción dinámica entre madre y niño en su desarrollo durante el primer año.

Los latidos de la madre tienen un efecto tranquilizador sobre el niño, la estimulación con caricias y palabras tiernas, hacen del amamantamiento un momento realmente importante para la madre y el hijo o la hija. (Maldonado M. et al., 2008)

Un bebé amamantado pasa muchas más horas entre los brazos de su madre y esto le brinda la oportunidad de tener el contacto piel a piel y con los sentidos que están aún en desarrollo. Una madre que amamanta a su hijo le da la oportunidad de olerla, probarla, sentirla, escucharla, establecer mayor contacto cara a cara, reafirmar la existencia del bebé a través de la mirada y el contacto materno. El amamantamiento además provoca la liberación de hormonas en la madre (prolactina, oxitocina, cortisol) que actúan como ayudantes biológicos para promover sentimientos maternales y agudizar su intuición. Sentimientos e intuición, además de la observación y el ensayo –

error, le facilitarán desarrollar la capacidad de reconocer y anticipar las necesidades que su bebé tiene y que es aún incapaz de expresar más que a través del llanto o de señales muy particulares que la madre sabrá interpretar. A esto se le llama sensibilidad materna y se da cuando la madre se ha vinculado emocionalmente con su hijo y es capaz entonces de satisfacer las necesidades básicas de su niño (afecto, contacto físico, alimento, reposo, movimiento, eliminación). El recién nacido está equipado con una serie de reflejos que buscan incrementar su adaptación al medio, pero es su madre en los primeros meses, quién complementará y saciará sus necesidades. (Carmona, 2008)

La presencia de la madre junto a su hijo abre paso a otro proceso muy importante de comunicación, en que ella acude al llamado de su bebé (ya sea para amamantarlo, consolarlo, cambiarlo de posición, o saber qué le pasa); el niño está aprendiendo a confiar. Este término utilizado por Erickson (1950) "confianza básica" es punto clave en la formación emocional del ser humano y en el establecimiento de sus relaciones sociales posteriores. El niño aprende que si llora o necesita algo, esa persona especial (mamá) vendrá a su encuentro; esto confirma su existencia y aprende a confiar en su entorno y en su propia capacidad de expresión. Recordemos que en un bebé menor de 7 u 8 meses no hay aún permanencia de objeto; esto es que aún no sabe que las personas, las cosas y primeramente él mismo siguen existiendo a pesar de estar fuera de la vista. No tiene conciencia del "yo" y del "no yo" y piensa que desaparece cuando no se ve a través de los demás.

El destete temprano y la lactancia prolongada son considerados como indicadores que se relacionan al desarrollo emocional del niño, esto fue mencionado por Tesone (2002), en el Congreso Español de Lactancia Materna.

Un estudio dirigido específicamente a niños amamantados más de un año mostró la importante relación entre la duración de la lactancia y la opinión de madres y maestros a la hora de evaluar el ajuste social de niños entre seis y ocho años (Ferguson, et al., 1987). En palabras de los investigadores: "Hay tendencias estadísticamente significativas que apuntan a que los desórdenes de conducta disminuyen con una mayor

duración de la lactancia". Los autores se mostraron cautos en su interpretación de los resultados y adujeron que no habían controlado las diferencias de interacción madre/hijo entre los grupos de lactancia y los de alimentación artificial que explicaran las diferencias de ajuste social observadas posteriormente. Pero en realidad es irrelevante si el mejor comportamiento de un niño crecido se debió a la lactancia por sí sola o al comportamiento típico de madres dispuestas a amamantar a sus hijos durante un año o más. Lo importante es el resultado: los niños amamantados por más tiempo fueron los que demostraron un ajuste social más fuerte y sólido cuando lo evaluó su madre, no la maestra (aunque para ambos grupos la asociación fue significativa), de lo que se deduce que posiblemente las madres que amamantan más tiempo tienden a ver a sus hijos con una luz más positiva que las madres que no lo hacen.

Políticas que protegen la maternidad y la lactancia materna de la mujer trabajadora

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el aumento de licencia por maternidad de 12 a 14 semanas, en la reunión llevada a cabo, el 15 de junio del 2000 en Ginebra. Por lo tanto, un aumento en el periodo de descanso post-natal. La aprobación de esta norma incluye a las mujeres empleadas que "desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente"- inclusive en el sector informal. El Perú, todavía no se ha pronunciado para ratificar dicho Convenio, por lo que sería recomendable una revisión de la legislación laboral puesto que las mujeres trabajadoras deben contar con leyes que respalden y protejan su derecho a la maternidad y a dar de lactar.

Ley que precisan el goce del derecho de Descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante (Ley Nº 26644)

Establece en el artículo 1º que la trabajadora gestante tiene derecho a gozar de 45 días de descanso antes del parto (prenatal) y 45 días de descanso después de la fecha del parto (postnatal). El goce del descanso pre natal puede ser diferido parcial o totalmente y acumulado con el descanso post natal, si es que así lo desea la mujer trabajadora

gestante; esta decisión debe ser comunicada al empleador con una antelación no menor de dos meses a la fecha probable del parto. La comunicación señalada, debe anexar un informe médico que certifique que la postergación del descanso pre-natal no afectará a la trabajadora gestante o al concebido. Dicha postergación no autoriza a la trabajadora gestante a variar o abstenerse del cumplimiento de sus labores habituales, salvo que exista un acuerdo sobre el particular con el empleador (art. 2).

La trabajadora gestante puede gozar de sus vacaciones adquiridas y aún no gozadas, inmediatamente después del vencimiento del descanso post-natal. Para ello, debe comunicar a su empleador tal decisión con una anticipación no menor de 15 días naturales al inicio del descanso vacacional (art. 4).

Ley Nº 27402, que modifica el artículo 3º de la Ley Nº 26644, Ley que precisa el goce del derecho de descanso prenatal y postnatal de la trabajadora gestante

Cuando el parto se adelante respecto de la fecha probable de su ocurrencia, los días de adelanto y de no goce del descanso prenatal se acumulan al descanso post-natal. Pero cuando el parto sobrevenga después de la fecha probable del mismo, los días de exceso del descanso prenatal se consideran como descanso médico por incapacidad temporal para el trabajo y pagados como tales (D.S. 08-4580-45TR, art. 80). De este modo no se altera el goce completo del descanso post-natal.

Subsidios por maternidad y lactancia (Resolución 251-GG-ESSALUD-2000)

Establece el subsidio por maternidad, que tiene por objeto resarcir los ingresos que la madre trabajadora deje de percibir, como consecuencia del alumbramiento y las necesidades del cuidado del(a) recién nacido(a). Se otorga por 90 días, distribuidos en los periodos de pre y post parto como lo decida la madre, siempre que durante los mismos no realice trabajos remunerados. Este subsidio equivale al promedio diario de

las remuneraciones de los cuatro meses inmediatamente previos al inicio de la prestación, multiplicado por el número de días de goce de la misma.

Para percibir este subsidio, la trabajadora debe haber estado afiliada al tiempo de la concepción y tener tres meses de aportación consecutivos o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendarios anteriores al mes en que se inicia el goce del subsidio.

El subsidio se otorga en dos armadas iguales, correspondiendo cada una al reembolso de 45 días. El trámite de pago de la primera armada se efectuará al vencimiento de los primeros 45 días y antes del término del período post -natal. El pago de la segunda armada se efectuará desde el vencimiento del período post - natal hasta 6 meses después del vencimiento del período máximo post - natal. Si la solicitud se presenta después del período post -natal, el total del subsidio se abonará en una sola armada dentro del plazo establecido para la segunda armada

Además establece el subsidio por lactancia, que tiene por objeto contribuir al cuidado del recién nacido(a), se otorga a favor del recién nacido(a) cuyo padre o madre es afiliado(a) regular. El dinero es entregado a la madre o a la persona o entidad que tuviera a su cargo el recién nacido(a), en caso de fallecimiento de la madre o el estado de abandono del recién nacido. Equivale a dos Remuneraciones Mínimas Vitales, vigentes a la fecha de nacimiento del lactante; en caso de parto múltiple, el subsidio se abona por cada niño.

El trámite para el pago del subsidio debe ser realizado por la madre o, en caso de fallecimiento de ésta por el padre, a partir del nacimiento del lactante y hasta los seis meses posteriores al término del período máximo post-natal (post-parto).

Para percibir el subsidio, la afiliada debe tener tres meses de aportación consecutivos o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendarios anteriores al

mes de parto; asimismo el lactante debe haber sido inscrito como "derechohabiente" de la asegurada.

Ley Nº 27240, que otorga Permiso por Lactancia Materna

Promulgada el 22 de diciembre de 1999, el presente dispositivo establece que la madre que trabaja como dependiente, al término del periodo postnatal, tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que el niño o niña cumpla seis meses de edad. El horario para el ejercicio de este derecho se pactará entre el empleador y la trabajadora, no pudiendo ser compensado ni cambiado por ningún otro beneficio. La norma deja abierta la posibilidad de que el empleador autorice un mayor plazo. El 10 de enero del 2001 el Congreso de la República amplió este permiso para lactar a los niños, hasta un año de edad, estando a la fecha aún pendiente promulgación y publicación de la norma legal que pondría en vigencia tal derecho.

El 19 de enero del 2001 se promulga la Ley N°27403 que precisa la hora diaria de permiso por lactancia materna como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyéndose el goce de remuneración correspondiente, a cargo del empleador.

c) La Alimentación Complementaria

De acuerdo a la OMS, la alimentación complementaria se inicia a los seis meses de edad, su inicio es progresivo, mientras tanto se continúa con la lactancia materna, los primeros alimentos que se dan al niño deben estar en forma de papilla, con alta densidad energética, es decir una consistencia espesa y respetando las medidas de higiene durante la manipulación de los alimentos.

Para Lartigue, Maldonado y Ávila (1998), la alimentación es un proceso complejo que depende de varios factores esenciales como:

a. La disponibilidad de la comida

b. La presencia de una persona o personas interesadas en alimentar al niño(a)

c. La capacidad del niño de incorporar el alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido.

d. Factores de relación entre el niño(a) y sus padres.

e. Factores culturales y psicosociales que determinan lo que ofrecen al niño, cómo se prepara el alimento, en qué momento, presentación, etc.

Partiendo de lo propuesto por Lartigue, Maldonado y Ávila (1998), es importante caracterizar al adulto o la persona que cuida al niño o responsable de su alimentación, el niño podría estar expresando en el momento de la alimentación alguna demanda no atendida anteriormente, por ejemplo, la hora de comida se convierte en un momento de manifestar una demanda de mayor atención por parte de la madre, quien en otros momentos no le ha brindado dicha atención.

Asimismo, otros estudios permiten reconocer que la alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño (Pelto y col., 2002). Ciertos estudios de comportamiento han revelado que el estilo de "dejar hacer" durante la alimentación predomina en algunas poblaciones (Engle y Zeitlin, 1996; Bentley y col, 1991; Bentley y col., 1992), donde raramente se observa que el niño sea animado a comer y si se observa es sólo cuando los niños se rehúsan a comer o están enfermos. Existe la hipótesis de que un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta nutricional. Sin embargo, hasta el momento, las pruebas sobre el impacto de los comportamientos de alimentación en la ingesta dietética y salud infantil son escasas.

En una población urbana de Gana, Ruel y col. (1999) encontraron que una escala de "prácticas de cuidado" (que incluía patrones de lactancia materna, tiempo de introducción de la alimentación complementaria, calidad de alimentos, y dos comportamientos de "alimentación activa") estaba positivamente asociada al estado antropométrico del niño en madres con escolaridad mínima o nula. Varios estudios de intervención que incluyeron comportamientos de alimentación como parte de las

prácticas recomendadas han reportado efectos positivos en el crecimiento infantil (Sternin y col., 1997; Creed de Kanashiro y col., 2002), pero es imposible separar la influencia de la alimentación perceptiva de aquella relacionada a los otros cambios ocurridos en las prácticas de lactancia materna y los tipos de alimentos complementarios ofrecidos.

Por otro lado, Cortez (2002), considera que las prácticas alimenticias inadecuadas dentro del hogar tienen un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas.

La Alimentación Responsiva o también llamada perceptiva, enfatiza los aspectos de relación, contexto y motivación durante el dar de comer al niño o niña. Se manifiesta cuando la madre o cuidadora está atenta a las señales que da su niño(a), responde a sus signos de hambre y saciedad, le permite explorar su comida y conversa positivamente con él o ella brindado en conjunto un ambiente agradable en el momento de comer y a la vez estimulando su desarrollo.

3.2.2 Las prácticas de cuidado según el contexto cultural

Al interior de cada familia los padres o cuidadores usan diversos procedimientos o formas para atender a sus hijos de acuerdo a su edad, a la manera como crían se les llama prácticas de crianza las que dependen de las tradiciones y costumbres de cada familia así como también de sus valores y sentimientos.

Según Myers (1994), la socialización de la infancia se produce mediante las prácticas de crianza, entendidas como la manera en que los padres, y en general la estructura familiar, orientan el desarrollo del niño y la niña y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social. De manera simple, las prácticas de crianza son las acciones llevadas a cabo por los padres, madres y

personas responsables del cuidado del niño y niña para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades (Myers, 1994).

Complementariamente, la crianza consiste en prácticas que están ancladas en patrones y creencias culturales. Puesto en términos más sencillos, los dadores de cuidado tienen una serie de prácticas y actividades que están disponibles para ellos. Éstas han sido derivadas de patrones culturales, de ideas de lo que debería hacerse, del trato que recibieron ellos cuando eran niños de su familia y constituyen las prácticas aceptadas o normas. Éstas, a su vez, están basadas en creencias acerca de por qué una práctica es mejor que otra. Para estos autores, las prácticas, patrones y creencias afectan el estilo y la calidad del cuidado.

Es importante tener en cuenta que si bien las prácticas hacen referencia a las acciones que realizan las personas, las pautas por el contrario constituyen las ideas que circulan en una sociedad sobre lo que debe hacerse y la forma en que las conductas se deben llevar a cabo, por ejemplo, con respecto a la crianza de los niños y niñas. Las pautas tienen que ver con las normas ideales y las prácticas con la conducta.

Ahora bien, lo más importante de las prácticas de crianza es la calidad de los cuidados que ofrecen los cuidadores a los niños, en algunos casos los propios padres o las personas que se hacen cargo de estas tareas. Si la calidad de los cuidados es alta, el crecimiento de los niños se acelera, especialmente en el plano cognitivo, cuando es baja sucede lo contrario, Belsky (2006).

Las preocupaciones centrales de la madre en este periodo de crianza al que Stern (1991) denomina “La constelación maternal” son:

- Mantener en vida al bebé y hacerle crecer.
- Si puede relacionarse afectivamente de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico del bebé.

• Si la madre sabrá cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones.

Dentro de las prácticas de crianza más importante y que será materia de esta investigación es el momento de alimentar al niño, no tanto el qué come sino el cómo se le da de comer. La evidencia científica acumulada en los últimos años releva la importancia de este tema, que ya ha sido incorporado por la OMS[5] como parte de los principios para una buena nutrición infantil, ya que la forma de dar de comer a niños menores de 2 años influye en forma decisiva en su nutrición y desarrollo.

Las prácticas de crianza están fuertemente influenciadas por una amplia gama de aspectos del ambiente inmediato, del sistema de creencias, actitudes y tradiciones de la familia, así como de las fuentes de información a las que tiene acceso, Ruel y Menon (2002) han encontrado una asociación significativa y positiva entre prácticas de crianza y estado de nutrición, especialmente en edades tempranas, lo que puede significar que cuando las acciones de los cuidadores dirigidas a satisfacer las necesidades del niño son insuficientes o inefectivas, puede presentarse consecuencias negativas en el crecimiento. Los cuidadores de niños desnutridos suelen ser menos responsivos, pocos hábiles e inconsistentes para detectar las necesidades básicas del niño (Cortes et. al, 2006).

El entorno donde se desarrollará la práctica

El punto central y fundamental es que el crecimiento y desarrollo del niño no se da en el vacío. Este siempre está inserto en un lugar y se expresa a través de conductas en un contexto ambiental particular. El desarrollo implica una reorganización en las características de las personas que tienen alguna continuidad a través del tiempo y del espacio. (Thorne, 1999). Las condiciones socio-económicas de los padres, expresadas en su calidad de vida, afecta el crecimiento y desarrollo de los niños (Duncan, et al. 1998; Díaz, A. 2007).

[5] Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age, OMS, 2005.

Existe consenso, en que el rol de los padres en los primeros aprendizajes de sus hijos es de vital importancia (Bradley, et al., 1989; Bronfenbrenner, 1979a) y algunos sostienen que este rol puede aprenderse, y por lo tanto perfeccionarse, de manera de ser más efectivos en promover en sus niños un buen desarrollo, especialmente en los primeros años de vida.

Si los niños afectados por desnutrición continúan expuestos a condiciones ambientales que no satisfacen necesidades básicas, el rezago continuará durante la época escolar. Sin embargo si estos niños desnutridos durante los dos o tres primeros años de vida reciben cuidados que satisfacen sus necesidades básicas, entonces su desarrollo mental puede rehabilitarse significativamente (E. Pollit, 2000)

Respecto de la pobreza, Garbarino (1995) y Parker et al (1988) (citados por Kotliarenco, 1997), al señalar que las personas pobres se encuentran sometidas a un doble riesgo, exposición con mayor frecuencia a situaciones de estrés familiar, y a otras consecuencias vitales más serias comparados con grupos sociales más aventajados, los niños están más expuestos a situaciones críticas que dañan su óptimo crecimiento y desarrollo.

Un estudio realizado por Vera, Morales y Vera (2005) mostró que la pobreza y funcionamiento familiar son predictores de estrés, además de tener impacto en el desarrollo cognoscitivo del niño. En esta línea, se investigó la relación del estrés infantil con la pobreza y nivel educativo de los padres, encontrándose que el nivel de estrés estaba relacionado negativamente con la educación y capacitación de la madre en pobreza (Orthner & Neenan, 1996).

Dimensiones del ambiente familiar

Para la mayoría de los niños, el interior de la casa y sus alrededores inmediatos son los primeros ambientes donde el niño adquiere sus primeras experiencias y donde los niños también tienen sus primeras interacciones con los miembros de sus familias**.**

La disponibilidad y cantidad de recursos con que cuenten los padres permitirán que se realicen o no las interacciones entre ambos.

García (2003), señala que "la familia es el primer y principal espacio de desarrollo del niño en edades tempranas y la que garantiza su supervivencia, su seguridad, su socialización, su potencial de aprendizaje y sus actitudes ante la vida, los otros y el mundo. Es muy evidente que las decisiones de los padres, sus actuaciones y sus interacciones con sus hijos, son determinantes en el desarrollo de sus hijos en cualquiera de estas dimensiones". Asimismo, señala que los padres y madres son los primeros mediadores del desarrollo de sus hijos. Asimismo, un estudio realizado por Sandoval et al (2002) señalan que las estrategias familiares de vida son determinantes para la ocurrencia de la desnutrición.

3.3 Las interacciones vinculares

Las interacciones vinculares han sido estudiadas por varios autores de diferentes disciplinas, tenemos por un lado autores de tendencia psicoanalítica que centran su base en la teoría del apego. También se hace una revisión de la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner para comprender cómo se dan las interacciones dentro de un sistema de relaciones y por último se presenta la eco-eto-antropología para comprender las interacciones a partir del pensamiento complejo.

3.3.1 La teoría del Apego y la vinculación afectiva

Las relaciones de apego son vínculos afectivos que los niños entablan con sus padres y con otras figuras que cumplen funciones parentales.

La capacidad de establecer estos vínculos o relaciones afectivas con las personas de su entorno, es un aspecto del desarrollo humano que se inicia en las primeras etapas de la vida.

John Bowlby (1968, 1975, 1988) fue el pionero en desarrollar el concepto de vínculo afectivo. A partir de sus investigaciones, se llevaron a cabo muchos estudios para ampliar y profundizar el concepto del vínculo afectivo.

Bowlby parte de la premisa según la cual, en el entorno en el que ha evolucionado la especie humana, la superviviencia de los niños siempre ha dependido de su capacidad para mantenerse en proximidad de adultos dotados de la motivación de protegerlos, alimentarlos, cuidarlos y alentarlos.

La teoría de Bowlby propone una clara explicación del porqué de la vital importancia de estas relaciones de apego para el ulterior desarrollo emocional y social de los niños.

Según Spitz (1985), el vínculo afectivo o conducta de apego es aquella relación inicial en la que el niño establece una relación objetal con la madre, siendo el niño sujeto y la madre o aquella figura que la represente el objeto. En el establecimiento del vínculo también ejercen influencias las características propias de los niños tales como las tendencias a acariciar, a llorar o de adaptarse a las nuevas situaciones. Los procesos de vínculo afectivo se van dando a través de la creación de lazo entre padres e hijos y dependen de comportamientos de apego que se forman fundamentalmente en el primer año de vida y son necesarios durante el resto de la vida.

La vinculación afectiva o de apego está presente a lo largo de la vida con características biológicas y psicológicas propias del desarrollo individual y se convierten en la base motivacional para la realización personal. La base de la vinculación afectiva depende de los estilos de interacción que se establecen en una etapa temprana de la vida y a menudo persisten en la madurez y se afirman en la vejez. Los vínculos afectivos con otros seres humanos son el eje a cuyo alrededor gira la vida de una persona, no solo cuando es un niño, sino a lo largo de la adolescencia, y también de los años de la madurez, así como en la senectud.

Las relaciones sociales experimentadas como afectuosas, bondadosas y fortalecedoras garantizan la seguridad y supervivencia durante la infancia, fomenta la buena salud, tanto física como psicológica protegen contra algunas de las consecuencias más lesivas de la tensión y del trauma, defienden de la depresión y permiten saberlos dominar de un modo apropiado y competente al negociar el mundo social.

Factores que favorecen las relaciones de apego

Oliva (1995) señala que Bowlby define al apego como parte de un sistema conformado por cuatro sub sistemas:

a) Sub sistema de apego: Está conformado por el conjunto de conductas que el niño presenta en relación a la presencia y ausencia de su madre. Con esta busca mantener la proximidad con la figura materna. Está al servicio del contacto con la figura de apego (la madre u otra figura que se haya colocado en este lugar para el niño) las diversas conductas del niño como son las sonrisas, lloros, contactos táctiles, todas estas buscan mantener el apego con la madre. Todas estas conductas se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego.

b) Sub sistema exploratorio: Está conformado por las reacciones de exploración de su mundo por parte del niño. Bowlby señala que las conductas de exploración disminuyen en el niño cuando hay una mayor relación de apego.

c) Sub sistema de miedo a los extraños. Está conformado por las reacciones de miedo frente a la presencia de personas extrañas. Una vez activado este sub sistema disminuyen las conductas exploratorias y aumentan las conductas de apego.

d) Sub sistema afiliativo. Está conformado por las conductas que buscan la interacción del niño con otros sujetos incluso con aquellos que no se ha establecido aún vínculos afectivos

Las primeras relaciones del niño con sus padres

Para el individuo, el primer contacto humano se produce en el útero materno. La adaptación se hace a nivel biológico y fisiológico básicamente. La placenta y el cordón umbilical son la estructura física de semejante contacto. Después del nacimiento, la relación madre-bebé crea un sistema de contacto con patrones y conductas definidas. La teoría del vínculo afectivo o del apego ahonda en esta temática. Lo que nos interesa es que el contacto humano se produce por proximidad. Cuanto más próximo es dicho contacto, tanto más íntimo es. La proxemia, como se verá después, será mediatizada por los significados compartidos; no obstante, la proximidad física es lo que proporciona el núcleo generador del significado y de la transcendencia del contacto humano. Lo que genera el contacto humano son cadenas recurrentes donde se va modificando la conducta del otro: si el bebé llora, el adulto le atiende; si el adulto sonríe, el niño también lo hace. Lo fundamental en el contacto humano es la percepción del otro y el reconocimiento de que somos percibidos y percibimos al resto. La accesibilidad al otro, el entendimiento mutuo, es lo que Vigotsky (1986) llamó intersubjetividad. El desarrollo se produce en la intersubjetividad, en la interacción de objetos mediáticos recurrentes que consideran al otro. La tarea adaptativa por excelencia es el afinamiento de la percepción del otro, la calibración de cómo se puede interaccionar y los límites y umbrales de la intersubjetividad. Podemos concluir que la adaptación es la búsqueda de precisión en la interpretación de la interacción.

Marshall Klaus y John Kennel, dos pediatras norteamericanos destacaron la importancia que revisten los momentos posteriores al nacimiento y enunciaron la hipótesis de que estas primeras interacciones tenían consecuencias de largo plazo sobre la relación madre-hijo/a (Klaus y Kennel, 1976); aspecto que ha sido muy debatido en los últimos años.

La teoría del apego propuesta por Bowlby (1940) refiere que el vínculo que los niños establecen con sus padres depende fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé.

La sensibilidad materna, según Ainswoth et al (1974) comporta 4 aspectos:

√ La consciencia de las señales
√ La interpretación adecuada de las señales
√ La respuesta apropiada
√ La respuesta rápida

La consciencia de las señales

√ Acceso: la madre tiene que ser accesible a las señales del niño(a)
√ Umbral: la madre sensible percibe señales sutiles, de poca intensidad

La interpretación adecuada de las señales: ausencia de distorsión debido a proyecciones, denegación, empatía.

La respuesta apropiada: Durante el primer año de vida, la madre da al bebé lo que este desea: responde socialmente si el bebé desea una interacción social, responde jugando a sus tentativas de empezar un juego, sabe qué hacer si llora, lo toma en brazos y lo deja de manera adecuada; el grado de estimulación no es ni demasiado fuerte, ni demasiado débil. A partir del segundo año, la manera apropiada de contestar a las señales del niño(a) será un compromiso entre lo que él(la) quiere y lo que a largo plazo le permitirá ser mas competente, sentirse más en seguridad.

La respuesta rápida: El bebé tiene que poder hacer el vínculo entre su demanda y la respuesta, lo que no es posible si esta última es demasiado diferida.

Lo importante como señala Bretherton (1992) no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con la figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias.

La existencia de varias figuras de apego puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando el aprendizaje por imitación, la estimulación rica y variada.

La relación afectiva que en la infancia se establece con los cuidadores proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a través de representaciones que los niños van formando y que incluyen tanto los recuerdos de la relación, el concepto de la figura de apego y de sí mismo y las expectativas sobre la propia relación. Estas representaciones han sido denominadas: modelos internos activos (Bowlby, 1990).

Winnicott (1993) al igual que todos los psicoanalistas teóricos y clínicos, está interesado en conocer los procesos y fenómenos involucrados en la constitución, desarrollo y funcionamiento que ocurren en el aparato psíquico de un individuo, así como también sus posibles desviaciones que dan origen a las patologías.

A través de la práctica clínica, Winnicott (1993), reconocía la importancia de la adaptación de la madre "suficientemente buena" a las necesidades del bebe y destacaba, como ésta llevaba a cabo el sostenimiento físico y emocional (holding) y manipulación (halding) del mismo, como elemento fundamental para la estructuración del psiquismo.

Winnicott postula distintos tipos de cuidados maternos:

1) **Holding o sostén:** Proceso por el cual la madre satisface las necesidades fisiológicas del pequeño de manera estable, digna de confianza, que toma en cuenta la sensibilidad epidérmica y que incluye la rutina de cuidados a lo largo del día. Estos cuidados posibilitan la integración, principal tendencia en el proceso de maduración. Esta integración en el tiempo, se le suma en el espacio, lo que da a posteriori el sentimiento de continuidad existencial.

2) **Handling, manipulación o manejo**: Se refiere al manejo y cuidado corporal que hace la madre de su hijo y sus funciones. Estos cuidados van a posibilitar el enlace

entre la persona del bebé y su cuerpo junto con la existencia de una membrana restrictiva. La unión de la psique con el soma, facilita la personalización.

3) **Presentación de objeto:** Con un buen cuidado materno, el bebé no se halla sujeto a las satisfacciones instintivas. En ese sentido más que darle una satisfacción instintiva al bebé se trata de permitirle encontrar y adaptarse por sí mismo al objeto (seno, biberón). La presentación del objeto es realizada de manera tal que el bebé crea el objeto. La madre le presenta al bebé un objeto que satisface las necesidades del bebé y de esta manera el bebé empieza a necesitar justamente lo que la madre le presenta. De éste modo el bebé llega a adquirir confianza en su capacidad para crear objetos y para crear al mundo real. La buena presentación de los objetos facilita las relaciones de objeto.

Por su parte, Brazelton y Cramer (1993) especifican que la interacción puede dividirse, para su estudio en el proceso de formación del apego, en los siguientes periodos: iniciación, regulación, mantenimiento y terminación; la evaluación de la interacción la establecen a través de las siguientes categorías:

- **Sincronía:** consiste en adaptarse al ritmo del bebé o del niño
- **Simetría:** significa la capacidad de prestar atención al bebé o al niño, de tal manera que su estilo y sus preferencias también influyen en la interacción. En un diálogo simétrico, el progenitor u otra persona respetan los umbrales del bebé o del niño.
- **Contingencia:** es cuando el progenitor u otra persona construyen un repertorio de lo que funciona o no funciona para mantener la interacción con el bebé o el niño; esto promueve una selectividad armónica.
- **Arrastre:** el adulto y el bebé o el niño, que logran la sincronía de señales y respuestas comienzan a establecer otra dimensión a su diálogo. Empiezan a prever cada uno las respuestas del otro, en secuencias prolongadas. Han aprendido cada uno los requisitos del otro, establecen un ritmo. La interacción se establece en un nuevo nivel de participación. Cada miembro de la díada se adapta al otro.

- **Juego:** la díada tiene la oportunidad de ampliar el aprendizaje de cada uno de ellos.
- **Autonomía y Flexibilidad**: La autonomía surge de la seguridad que le dan al niño los padres; implícita a la autonomía se encuentra la flexibilidad en las pautas de interacción.

Capacidad de respuesta del niño

Precisamente el niño empieza a tomar conciencia de sus límites, a distinguirse de lo otro a través de ese diálogo tónico (Ajuriaguerra, 1983) en el que madre y bebé se comunican con la acomodación recíproca de sus posturas y el intercambio de tensiones-distensiones. La madre sostiene, mantiene y contiene al bebé, que elabora a partir de esa contención un sentimiento de confianza y seguridad (vinculación afectiva) y que le aporta, además de bienestar y tranquilidad, una primera definición o referencia sensible de sí mismo.

De acuerdo a Greenspan et al. (2006), es la codificación emocional de nuestras experiencias la que guía todo nuestro aprendizaje. "Desde el primer día de vida, todas nuestras experiencias tienen tanto un componente físico como un componente emocional. El componente físico es la parte concreta de la experiencia, el componente emocional es el que le otorga sentido o significado a la experiencia". El recién nacido experimenta una serie de sensaciones físicas en torno a su madre (voz, sonrisa, tacto). Estas sensaciones se vuelven importantes para el bebé por el hecho de cómo lo o la hacen sentir. Cada vez que experimenta esta combinación de sensaciones físicas, estas despiertan emociones de placer, seguridad, alegría. Gradualmente el bebé comenzará a anticipar estas emociones cada vez que escucha la voz de su madre/padre. Automáticamente comenzará a unir o asociar aquellas experiencias físicas (voz, sonrisa, caricias etc.) con la emoción que le genera en su interior, con lo que "siente emocionalmente". Estas emociones dan origen a la idea "mental" de madre o padre.

La habilidad de unir emociones con los primeros gestos comunicativos emerge gradualmente durante los primeros meses de vida. Es esta habilidad del niño/a de interactuar con propósito con sus padres o cuidadores significativos, la que sirve de base al desarrollo cada vez más complejo en el ámbito social, emocional y cognitivo. El progresivo desarrollo de destrezas cognitivas, motoras, sensoriales, lingüísticas y sociales son instrumentos del desarrollo que solo cobran sentido en la medida que se organizan en torno a una comunicación intencional del afecto o emociones emergentes del niño/a. "Es como si todas estas destrezas del desarrollo fueran instrumentos de una orquesta donde el director es el niño/a, su sentido de sí mismo, que coordina y organiza estos distintos instrumentos al servicio de la expresión de sus deseos, afecto o emociones" Greenspan et al. (2006).

A medida de que los padres o cuidadores van creando u ofreciendo oportunidades para que el niño/a exprese sus emociones, deseos, o intenciones, van favoreciendo a que cada vez más el niño/a establezca conexiones o vínculos entre sus emociones, deseos o intenciones y sus instrumentos o destrezas del desarrollo, las cuales organiza en torno a una conducta comunicativa. En los niños/as que carecen de esta habilidad básica de conectar sus emociones con su conducta (o palabras), de expresar su sentido de sí mismo e intencionalidad, el componente clave que estimula la progresión del desarrollo estará ausente.

La iniciativa del bebé se convierte entonces, en una capacidad importante que debe ser reconocida por el adulto para que se establezca un diálogo equitativo que responda a las necesidades innatas del bebé. Hoffmann (1996) documenta a partir de sus observaciones directas a bebés, la existencia de iniciativas, de una voluntad propia y de elecciones claras del bebé desde la edad de los 5 meses en adelante.

Para Hoffmann (1996), la raíz de las iniciativas en el bebé es objeto de especulaciones teóricas (teorías de instintos, pulsaciones, motivaciones, "vitalidad", espontaneidad, etc.). Pero son un hecho de observación, que existen y muy tempranamente. Cualquiera que sea su interpretación teórica, son indicadores de la

existencia de una fuente de comportamientos propias del bebé, redundantemente originados en sí mismo.

La Vinculación afectiva

Los estudios realizados por numerosos investigadores sobre la relación y comunicación afectiva entre una madre y su bebé desde el nacimiento hasta los primeros años de vida, permitieron conocer diversos procedimientos experimentales rigurosamente controlados. Los procedimientos consistían en la grabación en vídeo de la interacción de madres y bebés que luego eran analizados a través de una serie de procedimientos tecnológicos y estadísticos.

Estos estudios citados por Lecannelier (2008) mostraron que:

a) La relación padres-bebés **no es una interacción unidireccional** en donde los padres modelan y estructuran determinados repertorios de reflejos básicos de éste, sino que el bebé contribuye desde los primeros momentos a esta interacción (es una interacción bidireccional) (Field & Fox, 1985; Lewis & Rosenblum, 1974, Stern, 1977)

b) Los bebés nacen con algo más que reflejos innatos (tales como succionar o agarrar), sino que **poseen un sin número de complejas habilidades psicológicas y sociales desde el nacimiento** (Brazelton, Koslowski, &Main, 1974; Meltzoff&Moore, 1977, Trevarthen, 1979; Tonick, Als, Admason, Wise, &Brazelton, 1978, Stern, 1977, y otros). En otras palabras se podría decir que los bebés nacen con mente.

c) **Los bebés nacen con capacidades socio-afectivas desde el nacimiento**, que les permite orientarse, comunicar y preferir la interacción con otro ser humano, con relación a otros "objetos" (de Casper & Fifer, 1980; Meltzoff & Moore, 1977; Stern, 1985; Field, 1990).

d) **Los cuidadores y sus bebés desarrollan desde los primeros minutos de vida de este último, un patrón dinámico de coordinación y sintonía afectiva, regulación afectiva y fisiológica mutua, comunicación socio-afectiva** (Trevarthen, 1993; Beebe & Lachmann, 2002; Gergely & Watson, 1999; Stern, 1985; Tronick, 1989; Schore, 1994; Gianino & Tronick, 1989 y muchos otros)

El apego como búsqueda de protección

Bowlby (1993, p. 60) definió la conducta de apego como "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados".

Para Lecannelier (2008), el apego es un proceso, no una situación o evento específico, el vínculo de apego es la propensión innata de los seres humanos a establecer intensas relaciones afectivas y duraderas con una figura cercana que otorgue seguridad y protección en momentos de estrés y vulnerabilidad. Las condiciones básicas para la formación de vínculo apego son:

a. La relación afectiva debe ser estable y consistente en el tiempo (carencia de quiebres y separaciones prolongadas, ni cambios bruscos en la conducta de crianza)
b. La relación afectiva debe comprender un patrón de protección/regulación del estrés (considerando como cualquier estado que desequilibra la homeostasis biológica, afectiva y social del organismo).

La calidad de apego está en gran medida determinada por la capacidad de los padres para calmar y contener todo tipo de estrés del bebé.

La sensibilidad materna es una habilidad de la madre para percibir e interpretar correctamente las señales y comunicaciones implícitas en la conducta del infante y de acuerdo a ese entendimiento responder a ellas de un modo apropiado y sin demora. (Mary Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

El desarrollo del apego, comprende diferentes fases, entre los 5 a 12 meses se considera un periodo de formación de un modelo mental de apego.

Fase de apego propiamente dicho

Este periodo está comprendido entre los 6-8 meses hasta los 18-24 meses. A estas edades el vínculo afectivo hacia la madre es tan claro y evidente que el niño suele mostrar gran ansiedad y enfado cuando se le separa de ésta. A partir de los ocho meses el bebé puede rechazar el contacto físico incluso con un familiar muy cercano ya que lo único que desea y le calma es estar en los brazos de su madre. La mayor parte de las acciones de los niños (andar a gatas por ejemplo) tienen el objetivo de atraer la atención de la madre y una mayor presencia de ésta.

Formación de relaciones reciprocas

Esta fase comprende desde los 18-24 meses en adelante. Una de las características importantes a estas edades es la aparición del lenguaje y la capacidad de representarse mentalmente a la madre, lo que le permite predecir su retorno cuando esta está ausente. Por tanto, decrece la ansiedad porque el niño empieza a entender que la ausencia de la madre no es definitiva y que en un momento dado, regresará a casa.

En esta fase, los niños a los que su madre les explica el porqué de su salida y el tiempo aproximado que estará ausente suelen llorar mucho menos que los niños a los que no se les da ningún tipo de información.

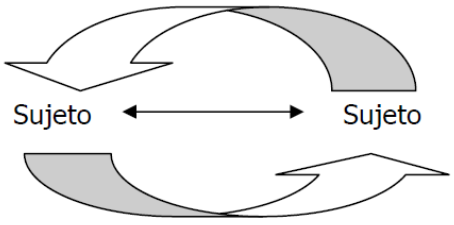
Rodríguez y Sánchez (2003), añaden lo siguiente: cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990).

Las características del vínculo

Sin ánimo de profundizar en las teorías psicoanalíticas haré una breve descripción de las características del vinculo propuestas por Pichón de Reviere, quien define el vínculo como una relación dialética y no lineal, es decir, una relación entre dos sujetos bicorporal y multipersonal.

a. **El concepto de vínculo es "la mínima unidad de análisis" de la psicología social.** Esto significa que el objeto de estudio de ésta, no es el individuo, la persona o el sujeto en sí mismo, como lo es para la psicología o el psicoanálisis, sino el vínculo que un sujeto pueda establecer con otro sujeto, de tal manera que, lo que se estudia en la psicología social es cómo un sujeto se relaciona con un objeto –que en este caso es otro sujeto- y viceversa: cómo este objeto-sujeto afecta al sujeto que establece un vínculo con él.

Teoría del vínculo:



Bidireccionalidad y mutua afectación

b. **El vínculo es condición de supervivencia**, es decir, que el otro ya tiene un carácter social por el sólo hecho de asistir al recién nacido. Pero esta condición de supervivencia va más allá de la simple asistencia de las necesidades básicas que garantizan la vida del organismo vivo que es el bebé. Así pues, se puede decir que todo niño venido al mundo establece dos tipos de relación con la madre o el otro que lo auxilia.

c. **En todo vínculo hay circuitos de comunicación y aprendizaje**. La teoría del vínculo de Pichón-Rivière no sólo se alimenta del psicoanálisis freudiano y kleiniano, sino que él también toma aspectos de otras teorías psicológicas. La noción de aprendizaje es tomada de la psicología conductista, y Pichón se apropia de ella, junto con la de comunicación, para convertirlas en dos de los más importantes objetivos de la intervención de su psicología social.

d. **El vínculo es "una estructura compleja".** Es decir que Pichón piensa que el vínculo no es una estructura simple, como lo es la relación de objeto, en la que hay involucrados sólo dos elementos: el sujeto y el objeto. El vínculo es complejo por varias razones, y la primera es que hay más de dos elementos en juego. De hecho se trata de una estructura triangular, es decir que hay un tercero en juego en la relación sujeto a sujeto; "…el gran tercero de todo vínculo es la cultura".

e. **Hay una triangularidad en el vínculo**. Pichón descompone esta estructura triangular del vínculo en bi-corporal y tri-personal. Es bi-corporal porque hay en juego siempre dos sujetos relacionados entre sí y afectándose mutuamente. Y es tri-personal porque hay una tercera "persona" presente en esa relación bi-corporal. Estos tres elementos hacen una estructura en el sentido más simple del término, es decir, una estructura es aquella que está compuesta por una serie de elementos relacionados entre sí con la siguiente característica: si se modifica uno sólo de los elementos de la estructura, la estructura toda es modificada, es decir, que los otros elementos de la estructura resultarán afectados si se afecta uno sólo de los elementos de ella.

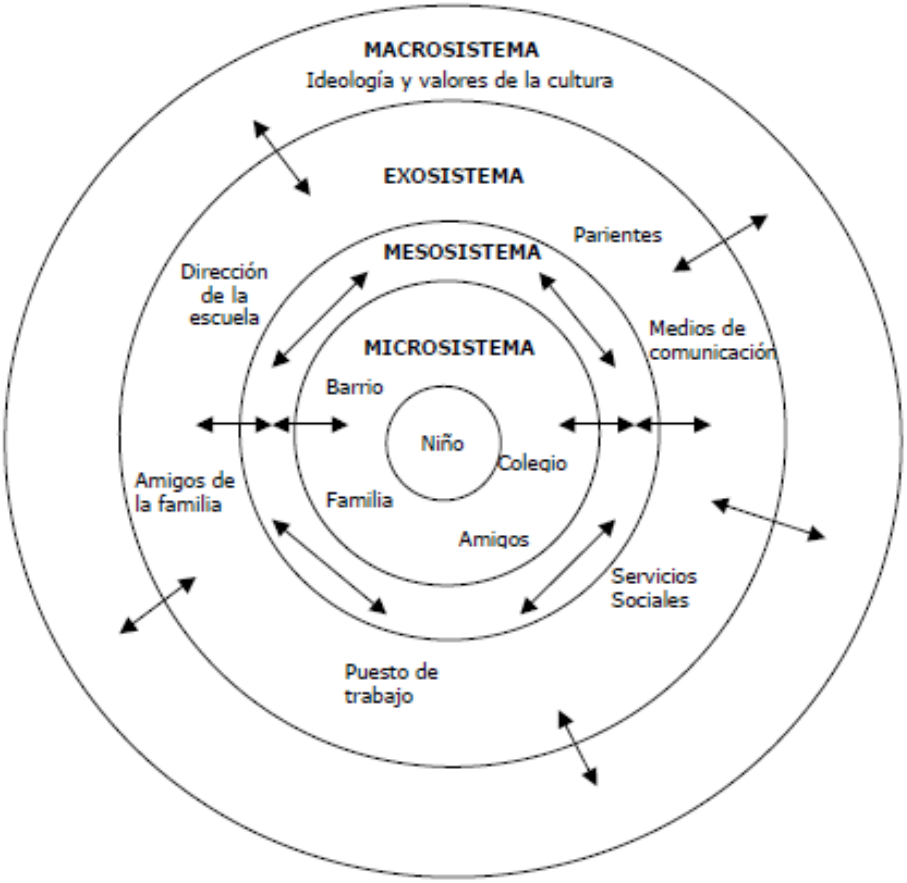
f. **La estructura vincular cambia**. La estructura cambia porque cambian los elementos en juego en la estructura, por eso es posible intervenir sobre uno o varios de los elementos de la estructura que están vinculados entre sí, pudiéndose lograr un cambio en los otros elementos de la estructura, un cambio que de hecho, puede llegar a hacer historia.

g. **La estructura vincular es conflictiva**. Las relaciones interpersonales son conflictivas. El conflicto hace parte de la estructura vincular. Pero más allá de que el vínculo conlleve contradicciones, diferencias, ambivalencias y odios, a nivel del vínculo entre semejantes existe intrínsecamente una tensión agresiva, una rivalidad imaginaria entre el sujeto y el otro que hace parte de la forma como se constituye el yo de un sujeto por la vía de una identificación imaginaria con su propia imagen.

Hernández, A (2010) señala que "desde el punto de vista investigativo, este autor se aproximó a la investigación social participativa e introdujo nociones procedentes de la sociología, pero finalmente su propuesta sobre el vínculo continuó siendo fiel a los grandes principios del psicoanálisis".

3.3.2 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1987), propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.



Modelo ecológico de desarrollo (Adaptado de Vasta, Haith y Miler, 1999, p. 63, de la trad. Cast.)

Bronfenbrenner (1987), argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

Bronfenbrenner y Ceci (1994), han modificado su teoría original y plantean una nueva concepción del desarrollo humano en su teoría bio-ecológica. Dentro de esta teoría, el desarrollo es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las

características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente. Bronfenbrenner y Ceci (1994), argumentan que, en el transcurso de la vida, el desarrollo toma lugar a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. El modelo teórico es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT).

3.3.3 La eco-eto-antropología de los vínculos

Como señala Hernández (2010) "hasta el momento, en las ciencias se reconocen dos grandes paradigmas, el positivista y el ecosistémico, cuyas diferencias determinan las distintas comprensiones y acciones que se emprenden, en este caso, con relación a la vinculación humana".

En este estudio centraremos nuestra atención en el paradigma ecosistémico, se basa en los principios de la epistemología constructivista, la cual supone que la objetividad es un acuerdo constituido entre subjetividades que a su vez se construyen en la interacción, más allá de toda lógica esencialista. Por tanto, su objeto de estudio son justamente las interacciones entre los miembros del sistema, los cuales se incluyen conforme a la decisión de los observadores de dicho sistema.

Como parte de este paradigma conoceremos más de cerca el eco-eto-antropología de vínculos surge en la articulación de disciplinas que conciben al hombre como resultante de la evolución biológica y cultural, pues si bien el ser humano está en parte determinado por procesos evolutivos, también en parte él los determina, en su papel simultáneo de observador, actor y gestor.

Eco se refiere a oikos, ambiente, cosmos y hábitat, y ethos, comportamientos biológicos con finalidad desplegados como procedimientos complejos de autonomización en oikos específicos, en donde se conjugan para la supervivencia procesos individuales y colectivos.

La antropología del oikos y del ethos hace surgir las ideas, el pensamiento, la representación, la emoción, la reflexión y la mente como fuentes de sentido, de modo que la postura eco-eto-antropológica reposa sobre la conjugación de esos regímenes heterogéneos –biológicos, evolutivos, psicológicos, sociales, históricos, políticos, etc.– como dimensiones irreductibles, cada una con sus propias pautas de operación. Por esto, para abordar los procesos de vinculación humana desde esta perspectiva, es necesario comprender cómo funcionan los elementos que Miermont (citado por Hernández, 2010) llama operadores témporo-espaciales del vínculo–rituales, mitos y epistemes–, en cuanto son dispositivos articulados que organizan la interacción humana y activan los sistemas de significación en contextos específicos.

Para Hernández (2010), "la aproximación eco-eto-antropológica de los vínculos pretende comprender cómo el hombre es producto y productor de su ecosistema, en complejos procesos interaccionales que integran el ethos (cognición y comunicación), el oïkos (la ecología) y sus variadas formas de organización familiar y social (socio-antropología). Esta conjugación conduce también a la búsqueda de vínculos entre disciplinas, entendiendo la etología como una actitud pluridisciplinaria que estudia los seres vivos desde una perspectiva evolutiva, basada en la biología del comportamiento y en un método comparativo que reúne datos genéticos, neurológicos, psicológicos, sociológicos y lingüísticos (Cyrulnik, 2007, p. 23).

Siguiendo a Cyrulnik (2007) sostiene que los estudios biológicos demuestran que, un individuo sólo puede sobrevivir intercambiando informaciones con el medio que lo rodea. Y alude a la "empatía neuronal", en donde la vista del movimiento de alguien estimula -en espejo- las neuronas motoras del otro; pero ese otro debe ser significativo. Y afirma que los niños que se desarrollan en un medio empobrecido, tanto por falta de

amor como por exceso de atención, pueden llegar a tener un posible retardo en la ontogénesis de la empatía. Y plantea que, el simple hecho de apegarnos a alguien nos embarca en un trabajo de desconcentración de nosotros mismos.

3.4 Los Programas Sociales relacionados al Cuidado Infantil

3.4.1 Crecimiento y Desarrollo

Desde el sector salud cada establecimiento de salud tiene a su cargo el programa de Crecimiento y Desarrollo, el mismo que tiene como finalidad contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años y mejorar su salud y nutrición.
Etapas de la consulta CRED

El proceso se inicia cuando la madre lleva al niño al establecimiento de Salud y entrega su carné de Crecimiento y Desarrollo y aquellos que están cubiertos por el Seguro Integral de Salud (SIS) entregan adicionalmente su identificación de asegurados (formato de atención). Si el usuario es nuevo se le abrirá su historia clínica y será atendido ese mismo día si es que hay cupo, en caso contrario se le citará para otra fecha. Si el usuario no es nuevo, se buscará su historia clínica y se verificará si tiene cita; al igual que en el caso anterior, el niño será atendido ese mismo día solo si es que hay cupo y, de no ser así, se le avisará cuándo es su cita.

Cuando el usuario entra al consultorio, el responsable de CRED lo pesa, talla y, si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico.

Posteriormente, se hace la evaluación de desarrollo, mediante la aplicación del «Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor».

Los resultados de estas evaluaciones así como otros datos son registrados en 5 formatos: La Historia Clínica del niño, el Formato de Registro diario para niños menores

de 5 años del Instituto Nacional de Salud- Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional (SISVAN), un Cuaderno de Registro diario, el Libro de Seguimiento y el HIS-MIS. Seguidamente, el responsable de CRED da las recomendaciones necesarias a la madre y le entrega su carné y la fecha de la siguiente consulta.

Finalmente, si tras la consulta el responsable de CRED encuentra que el niño necesita otro servicio, lo deriva a éste.

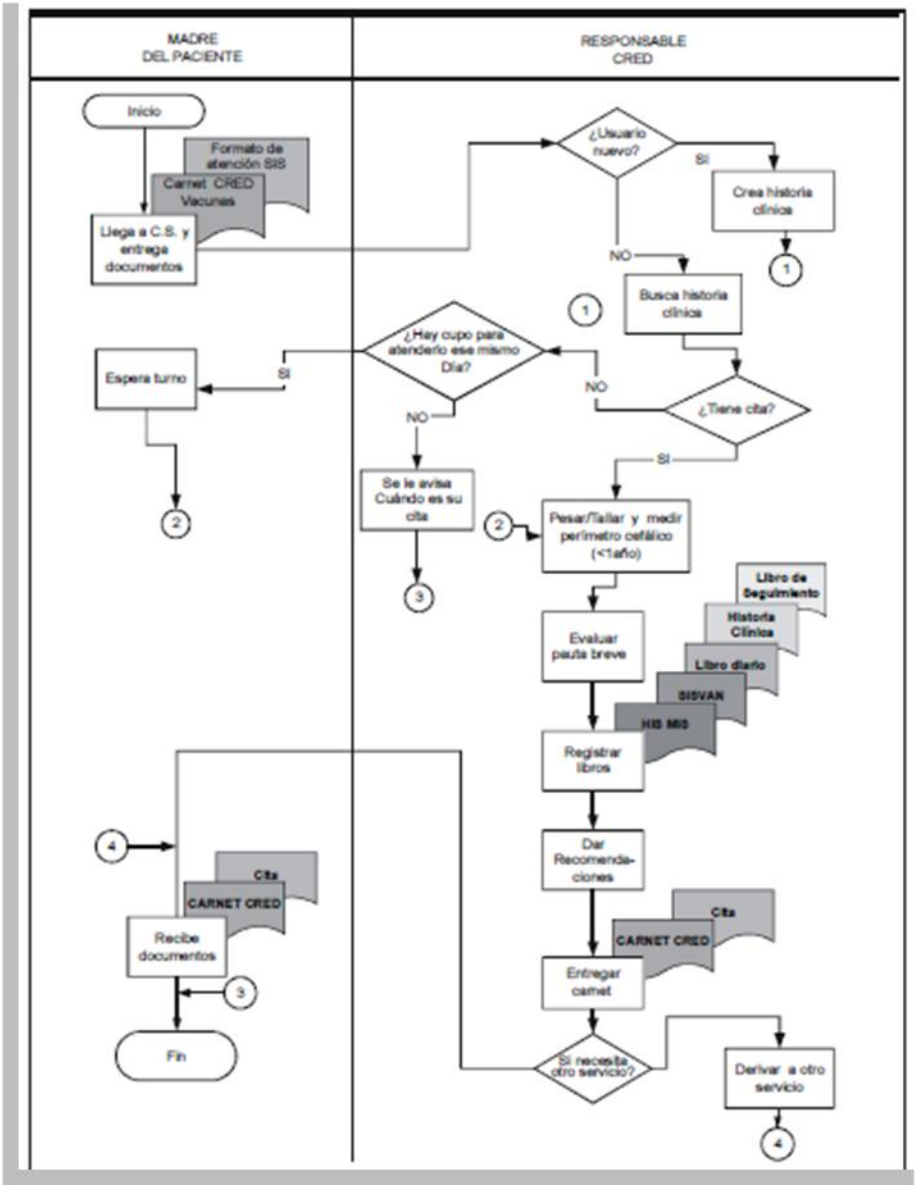
Cada vez que se atiende a un niño, se registra un total de 31 variables, las cuales son registradas en 5 formatos. Los datos que se registran en cada formato no son mutuamente excluyentes. La fecha de atención es registrada en todos los formatos.

El número de historia clínica y la edad del niño son registrados en el cuaderno diario, el SISVAN y en el HIS-MIS. Por otra parte; el tipo de consulta, la información sobre las vacunas aplicadas, los resultados de la evaluación nutricional y los de la evaluación de desarrollo son registrados en el cuaderno diario, el libro de seguimiento y la historia clínica.

Hay otras 7 variables que se registra en 2 formatos, de la siguiente manera: el peso y la talla del niño quedan registrados en el SISVAN y en la historia clínica; el tipo de paciente en el establecimiento, el sexo y el distrito se registra en el SISVAN y en el HIS-MIS; la dosis de sulfato ferroso recomendada en la consulta es registrada en el libro de seguimiento; y el diagnóstico se registra en el HIS–MIS y en la historia clínica.

Cuando el usuario es nuevo, deben registrarse datos adicionales en la historia clínica: nombre del padre, nombre de la madre, antecedentes prenatales, características del niño al nacer (peso, talla y perímetro cefálico), educación de la madre, acceso a agua y desagüe en el hogar, riesgo social, antecedentes patológicos en la familia y planificación familiar.

Proceso de atención de la consulta de CRED, elaborado por Luis Segura y col.



3.4.2 Programa Nacional Wawa Wasi

El Programa Nacional Wawa Wasi (en marzo del 2012, se crea el Programa Nacional Cunamás sobre la base del PNWW) este programa tiene como objetivo mejorar el nivel desarrollo infantil en las dimensiones físico, socio, emocional, cognitivo y motora en niñas y niños menores de 3 años de edad que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, a través de:

• Cuidado diurno integral.

• Acompañamiento a las familias en el cuidado y desarrollo infantil, mediante visitas al hogar y sesiones grupales en Centros Comunitarios acondicionados por el programa. Este servicio de atención domiciliaria está diseñado especialmente para atender a niños de entre 0 y 36 meses de las zonas rurales y de mayor pobreza en el Perú con el fin de fomentar el desarrollo temprano de los menores.

El Programa Cuna Más opera con los instrumentos de gestión, lineamientos, directivas, estructura, funciones, competencias, convenios, contratos y cualquier otra normativa interna del Programa Nacional Wawa Wasi.

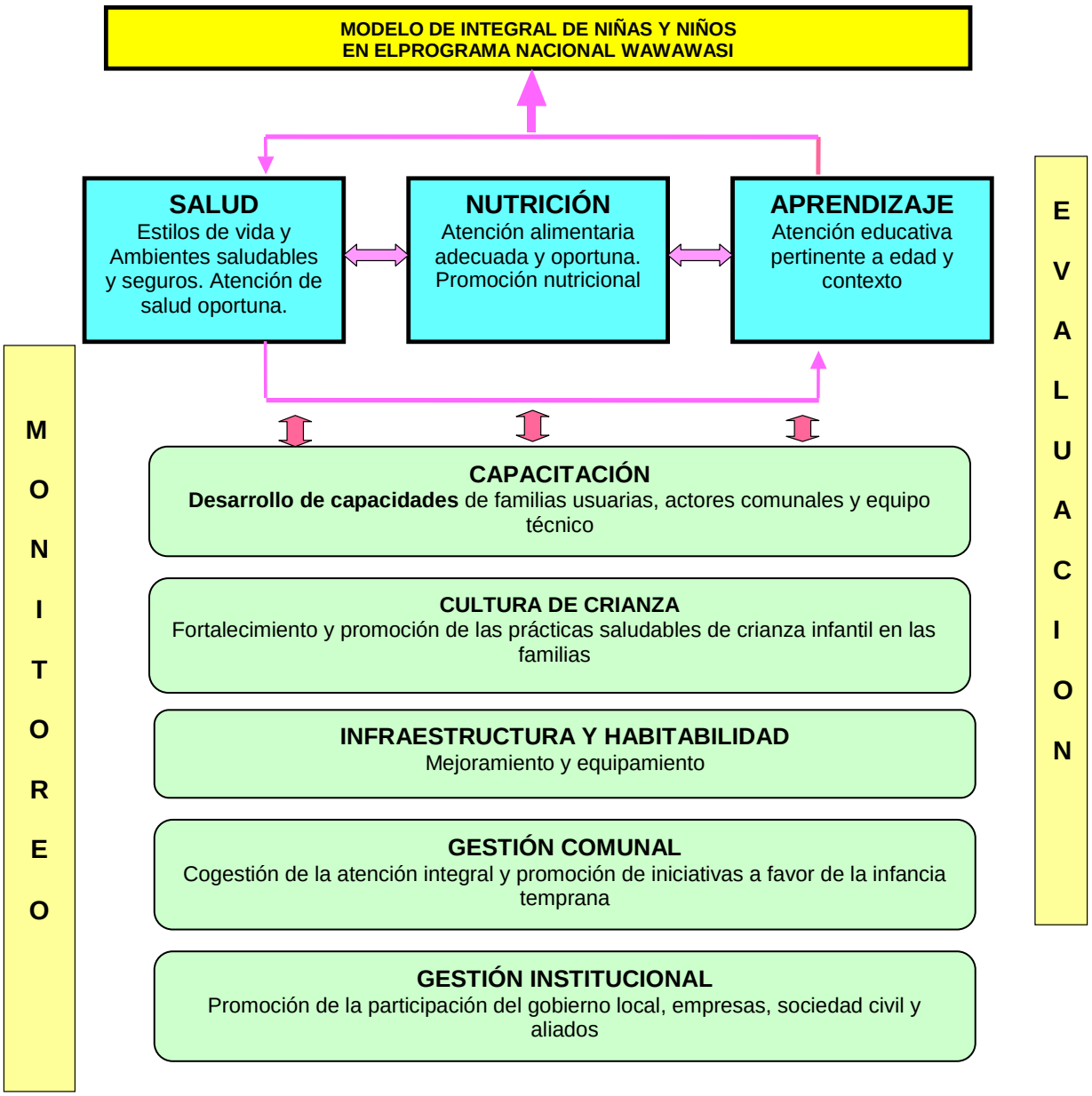
El cuidado diurno se realiza tanto en la casa de la madre cuidadora como en un espacio comunitario habilitado para este fin. De acuerdo a los lineamientos del programa, la madre cuidadora es seleccionada por la comunidad y cuenta con un perfil adecuado, ella se encarga del cuidado de 8 niños menores de 3 años y solo puede cuidar a un niño menor de un año.

La madre cuidadora cuenta además con el apoyo de una madre cuidadora guía, quien tiene la experiencia de haber sido madre cuidadora y la sustituye en caso de descanso o si tiene algún problema de salud, también la madre cuidadora guía apoya el cuidado en los wawa wasi que son nuevos.

Las madres cuidadoras pertenecen a un comité de gestión que se conforma sobre la base de una organización social, generalmente en las zonas urbanas son los comité de vaso de leche.

En el wawa wasi el niño y la niña que asisten reciben una atención integral, el servicio incluye atención de salud y coordinación con el establecimiento de salud cercano, atención nutricional a través de tres raciones de alimentos diarios, aprendizaje

infantil a través de juegos libres y materiales educativos dispuestos para los niños, a su vez la atención integral se complementan con el trabajo con las familias.



Las madres cuidadoras y madres cuidadoras guías son acompañadas por profesionales llamados coordinadores de campo que se encargan de capacitarlas y apoyarlas en mejorar su desempeño con los niños. De acuerdo a los lineamientos un coordinador de campo está a cargo de dos comités de gestión.

3.4.3 Programa del Vaso de Leche

El Programa del (PVL) es un programa social creado en el año 1984 según Ley N° 24059, con la finalidad de brindar asistencia alimentaria a la población más vulnerable a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a dicha población, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Se trata de un programa ligado a la gestión municipal que originalmente comenzó operar en Lima y posteriormente a través de la Ley 24059 se expande a todos los municipios del país.

El Programa del Vaso de Leche es financiado por Tesoro Público pero tiene la particularidad de incorporar la participación organizada de las mujeres de los sectores populares a través de los Comités de Base del Vaso de Leche.

Administración y Distribución

Este programa es administrado por los Municipios que son los que encargan de ejecutar las labores financieras, logísticas y operativas que demanda el programa. Las Municipalidades como responsables de la ejecución del Programa del Vaso de Leche, en coordinación con la Organización del Vaso de Leche, organizan programas, coordinan y ejecutan la implementación de dicho Programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.

Se puede destacar que en términos generales, los órganos municipales participantes tienen las siguientes atribuciones:

a) Del Comité de Administración: conformado por mujeres integrantes de organizaciones sociales que después de una elección es reconocido por la Municipalidad por un periodo de 2 años. Es el responsable de la selección del proveedor de acuerdo a los criterios de ley. Se encargan de coordinar la selección de beneficiarios y su empadronamiento con las Organizaciones Sociales, así como de efectuar la depuración y selección de los beneficiarios, de elaborar el requerimiento de los insumos y solicitar su compra al Área de Abastecimientos de la Municipalidad. Así mismo, elabora el programa de distribución de los productos y entrega al almacén municipal los informes de ejecución mensual sobre el uso y el destino de los fondos.

b) De las Municipalidades:

* Incorpora trimestralmente los fondos del programa en su presupuesto.

* Organiza y determina los Clubes de Madres o Comités del PVL a cargo de la atención del Programa.

* Define el tipo de alimento a utilizarse.

* Compra los productos o insumos de acuerdo con los requerimientos del Comité de Administración, a través de su área de Abastecimiento.

* Almacena, conserva y distribuye los productos según programa de distribución aprobado por el Comité de Administración.

* Supervisa la ejecución del Programa en términos de calidad, cantidad, precio y oportunidad en la entrega de la ración, así como su atención.

* Gestiona recursos complementarios o donaciones provenientes de la cooperación internacional.

Población Beneficiaria del Vaso de Leche

El programa define como los beneficiarios del Vaso de Leche a todas las personas que se encuentran inscritas en el respectivo padrón en forma regular y siguiendo los procedimientos establecidos por el Reglamento de Empadronamiento y

Re-empadronamiento aprobado en Sesión por el Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche.

Los beneficiarios del programa del Vaso de Leche son principalmente:

* Niños de 0 a 6 años de edad.
* Madres gestantes hasta el noveno mes de embarazo.
* Madres lactantes hasta que el niño cumpla 01 año de edad

Cabe asimismo añadir que en la medida que se cumpla con la atención a la población antes mencionada, también pueden recibir atención:

* Niños de 7 a 13 años de edad.
* Ancianos: en caso de damas a partir de los 60 años de edad, y; en caso de varones a partir de los 65 años de edad.
* Los enfermos de TBC que estén empadronados durante el tiempo en que se encuentren en tratamiento hasta su recuperación total.
* Personas con discapacidad física o mental.

Ración Alimentaria del Programa Vaso de Leche

De acuerdo a la Directiva "Valores Nutricionales Mínimos de la Ración del Programa Vaso de Leche", aprobada con R.M. N° 711-2002-SA/DM, la ración diaria debe estar constituida por alimentos nacionales, entre los que se encuentran:

* Un vaso de leche en cualquiera de sus formas (fresca, UHT, pasteurizada o evaporada), y/o de enriquecido lácteo, o de mezcla fortificada de alimentos que contengan un mínimo de 90% de insumos nacionales (harina de quinua, quiwicha, cebada, arroz, soya u otros)

El responsable de determinar el valor nutricional de la ración es el Centro Nacional de Alimentación - CENAN.

3.4.4 Programa Adiós Anemia

Entre agosto del 2009 y diciembre del 2010, la municipalidad distrital de Ventanilla ejecutó el Programa "ADIOS ANEMIA", cuyo propósito fue erradicar la anemia infantil a nivel del distrito, con una meta de alrededor de 15 mil niños y niñas menores de tres años beneficiados.

El programa entregó a los niños sobrecitos de "Chispitas Nutricionales", que contenían 5 micronutrientes (hierro, vitamina A, zinc, ácido fólico y vitamina C). Esta estrategia ha demostrado ser efectiva en muchas experiencias a nivel internacional.

El suplemento nutricional se entregó por el municipio a través de los establecimientos de salud, los Wawa Wasis, las salas de educación temprana (SET) y el Programa de Vaso de Leche.

Este programa fue apoyado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) a través de asistencia técnica y con la donación de 1 millón y medio de Chispitas.

3.4.5 Defensorías Municipales (DEMUNAS)

El Programa de las Defensorías Municipales del Niño y Adolescente, se inició en seis distritos de la ciudad de Lima en el año 1993 y hoy se encuentran funcionando 650 defensorías en igual número de municipios provinciales y distritales a nivel nacional.

Las Defensorías representan un mecanismo de servicio gratuito otorgado por las municipalidades para atender las denuncias de personas de menores recursos económicos sobre maltrato, violencia familiar, reclamos alimentarios etc. También cumplen otras funciones que apuntan hacia la movilización social como las campañas nacionales sobre las contravenciones referidas a la venta de licor a menores de edad, el

ingreso de menores a hostales y a los locales de juego de vídeo (pin ball) durante el horario escolar.

Las Defensorías Municipales atienden la mayor cantidad de casos debido a que están ubicadas en las zonas urbanas de los distritos, poblados y comunidades. Las DEMUNAS se crean a través de un Edicto o Sesión de Consejo Municipal, luego de lo cual son incorporadas a la estructura orgánica de la Municipalidad.

4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 Objetivo General

Describir, analizar y comprender cómo son las interacciones vinculares y las prácticas de cuidado de madres, padres y/o adultos cuidadores con sus hijos/as de 6 y 18 meses de edad, en contextos de pobreza y DC.

Ampliar con la teoría emergente el marco conceptual de la desnutrición infantil utilizado por las políticas públicas y los programas sociales.

4.2 Participantes

Los participantes del estudio fueron 10 diadas de madres y niños(as) entre los 18 y 24 meses de edad, 5 con desnutrición crónica [D.C.] y 05 sin DC, de un Asentamiento Humano perteneciente al distrito de Ventanilla –Callao - Perú, y en condición de extrema pobreza, según el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). La población elegida tiene acceso a los servicios de salud y a infraestructura sanitaria de agua.

Se excluyeron aquellas madres con hijos con bajo al peso al nacer (inferior a 1500 gramos) y aquellos que presentan enfermedades crónicas (cardiopatías congénitas, enfermedad renal, parálisis cerebral y alteraciones neurológicas), diagnósticos que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional.

Otros Participantes: (informantes claves) Entre ellos se encuentran los miembros de la familia encargados del cuidado del niño además de la propia madre, el padre, la abuela materna, las tías, entre otros. También se encontró a miembros de la comunidad, tales como la vecina, la madre cuidadora del wawawasi y promotoras de los programas sociales.

Se consideró a su vez entrevistas con profesionales de los servicios de salud, programas sociales y del gobierno local.

4.3 Procedimiento

Se seleccionó el distrito y la zona de manera intencional, cumpliendo los criterios de su ubicación geográfica, es decir ubicada en la zona de la costa peruana, considerando que las personas que viven en cotas altas con tasas reducidas de oxígeno, tienen una talla más baja que las que viven en zonas bajas con presión de oxígeno mayor; se escogió el Asentamiento Humano Mi Perú porque estaba ubicado a una altura inferior de los 500 m.s.n.m., considerada como costa baja (Moreno, 1996).

Asimismo, previamente se informó a las madres de los niños participantes sobre el estudio y sus objetivos; además se obtuvo el consentimiento informado en forma escrita y firmado por las madres o cuidador principal para participar en la investigación. En el documento se especifica la confidencialidad, la participación voluntaria, la posibilidad de retirarse, el grabado de entrevistas y video en el momento de interacción madre – hijo (a) durante la alimentación y/o durante el juego.

En lo que respecta al proceso de identificación de los niños(as) con D.C., se realizó un reconocimiento de los niños(as) pertenecientes a los programas vigentes en coordinación con el Centro de Salud Mi Perú, se evaluaron dos grupos: (1) Niños y niñas beneficiarios del programa Vaso de Leche. Los niños se seleccionan de los padrones que se encuentran en la municipalidad. Se identificaron un total de 41 niños y niñas entre 12 a 17 meses, quienes fueron invitados a participar en el Centro de Salud Mi Perú para una evaluación nutricional. Acudieron 26 que representan el 63% de los convocados, ningún niño presentó DC.

Para el grupo (2), se identificaron los niños y niñas beneficiarios del Programa Adiós Anemia, inscritos en los padrones que se encuentran en la municipalidad. Se

identificaron a 35 niños y niñas, entre 12 a 17 meses. Acudieron 16 que representa el 45.7%, ningún niño presentó DC.

Posteriormente se recoge información del Programa Nacional Wawa Wasi [PNWW] para identificar niños y niñas con D.C. que acuden al Wawa Wasi, se identifica a los niños (as) que fueron evaluados el último mes por el sector salud y cuya base de datos se encuentra en el sistema informático "WAWANET". Se revisó las evaluaciones realizadas por el sector Salud a los niños y niñas de Wawa Wasi.

De acuerdo al número de niños evaluados nutricionalmente, se conformaron los grupos:

(1) Desnutrición crónica o Talla baja: Se identificaron los niños(as) entre 12 y 18 meses en cuya evaluación nutricional obtuvieron un diagnóstico de desnutrición crónica o baja talla para la edad, es decir rango inferior al -2 Desviaciones Estándar [D.S.] de acuerdo al patrón de referencia vigente en el país hasta diciembre del 2010 (National Center Health Statistics). Para el grupo (2) Nutrición Normal: Se identificaron a los niños entre 6 y 18 meses de edad, cuya evaluación nutricional obtuvieron un diagnóstico de eutróficos (normales), rango comprendido entre ± 2 D.S. y cuyas características familiares sean semejantes al grupo 1.

4.4 Instrumentos y Fuentes de Información

Entrevistas a Profundidad

Una de las técnicas usadas para el estudio fue la "entrevista en profundidad", se diseñó una guía para efectos del presente estudio, la cual permitió conocer las percepciones, prácticas y creencias de los padres frente a las expresiones de afecto con sus hijos (as).Se indagaron diferentes categorías tales como:

- Conceptualización e Importancia del afecto

- Sentimientos e ideas que surgieron alrededor de la llegada del bebé.
- Percepciones sobre los sentimientos que los bebes experimentan cuando están cerca o lejos de los padres.
- Momentos en que consideran que dan las interacciones afectivas, caracterización de esos momentos.
- Momentos que son difíciles para que se den las interacciones afectivas.
- Ideas de los padres y/o cuidadores sobre la relación existente entre la relación afectiva con sus hijos y el estado nutricional en el que se encuentra.
- Prácticas de cuidado: lactancia materna, alimentación complementaria e higiene.

La guía de entrevista elaborada fue revisada por expertos que presentan las siguientes características: conocimiento del tema y experiencia en investigaciones cualitativas. Asimismo, se aplicó una prueba piloto que consistió en 3 visitas domiciliarias a un grupo piloto de características socio económico similar para poner a prueba el lenguaje a utilizar.

Observaciones

Se realizaron durante las visitas a los hogares, centros de cuidado y servicio de salud. La visita a hogares permitió recoger información básica, realizar las entrevistas a profundidad y observar la interacción afectiva en los momentos establecidos por el estudio (al momento de la comida), sin embargo, en algunos casos sobretodo en el caso de los niños con DC, no contaban con un horario fijo de la comida, lo que podría considerarse como una práctica común en los niños con DC.

La visita a los hogares implicó un gran esfuerzo, en muchos de los casos se tuvieron que reprogramar más de cuatro visitas para encontrar a los cuidadores principales, debido a que por el trabajo no era fácil ubicar a las familias. Los días en que más se encontraron a las familias fueron los domingos. En algunos casos las personas que se encontraban al cuidado de los niños eran temporales (vecinas u otros) que

asumían la responsabilidad debido a que la madre o la familia directa no podían hacerse responsables del cuidado.

A pesar de existir en la zona centros de cuidado infantil (Wawa Wasi), tres de los niños del estudio estuvieron muy corto tiempo en el programa, debido a que no podían cumplir con las exigencias del programa, como el pago a la madre cuidadora, cumplir con los horarios establecidos entre otros.

Una dificultad encontrada fue las direcciones de las familias que no siempre coincidían con las reales por lo que se necesitó contar con el apoyo de las personas de la comunidad pertenecientes a los programas sociales para ubicar las viviendas de los niños y niñas del estudio.

Sólo en algunos casos se pudo registrar en video la relación afectiva de las diadas, esto se debe a que no siempre se contó con el consentimiento informado por parte de las familias.

Revisión de fuentes documentales

- Tarjetas de Crecimiento y Desarrollo, proporcionadas por la madre o cuidadoras del programa Wawa Wasi.
- Historias Clínicas, proporcionadas por el Centro de Salud.
- La ficha SISFOH que registra información básica del hogar, que incluye características socioeconómicas, grado de escolaridad, ocupación, entre otras, que complementó la información obtenida.
- Información del Sistema Wawanet, proporcionada por el Programa Nacional Wawa Wasi, Sede Callao.

4.5 Plan de Análisis

Momento 1: Descriptivo

- Descripción del contexto, escenarios, recursos, relaciones.
- Descripción de textos: narrativas, HC, curvas de crecimiento, documentos.

Momento 2: Interpretativo

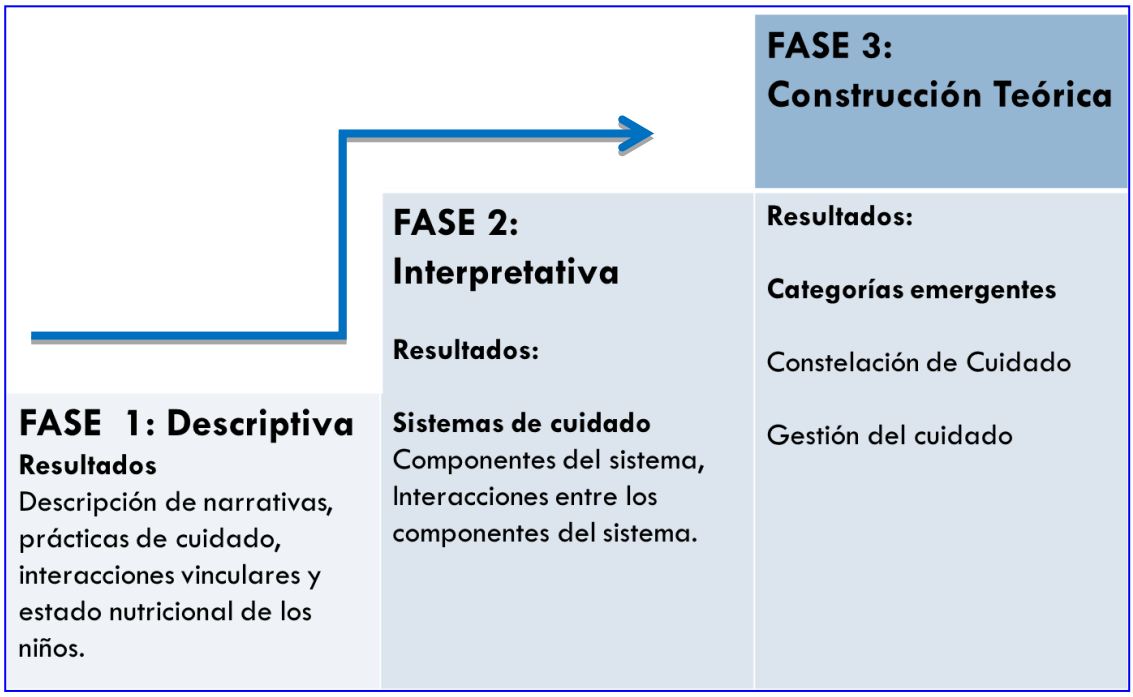
Consta de dos niveles de análisis:

- Primer nivel: entre el contexto y el texto en cada uno de los escenarios. (puentes interpretativos)
- Segundo nivel: relaciones entre los puentes interpretativos

Momento 3: Construcción Teórica

Comprende la explicación teórica de las categorías emergentes.

Ruta de análisis



5. RESULTADOS

TEXTOS Y CONTEXTOS DEL SISTEMA DE CUIDADO INFANTIL EN EL CENTRO POBLADO MI PERU

5.1 Descripción de los Resultados

En esta parte se irá de lo genérico a lo particular, primero se hará una descripción de la zona de estudio a partir de la información documental proporcionada por los actores claves y el uso de datos estadísticos nacionales.

Luego, se hará una descripción detallada de cada uno de los casos del estudio a través de una narrativa que recoge las voces de las madres, cuidadores y actores claves, así como cruza información con las fuentes documentales.

Caracterización sociodemográfica del área de estudio

Ubicación del distrito de Ventanilla

El distrito de Ventanilla, se ubica A 34 kilómetros al Nor - Oeste de Lima y 18 kilómetros al norte del Callao.

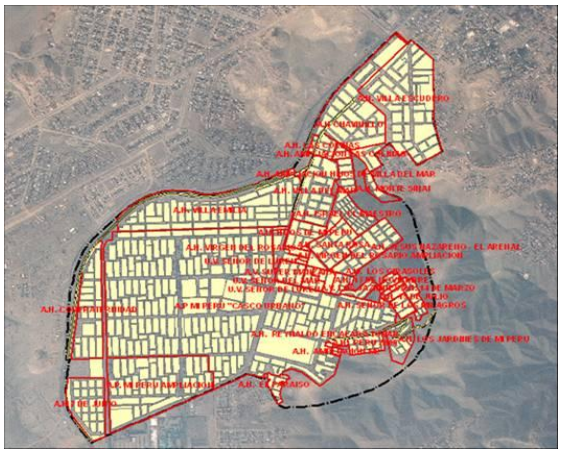
Físicamente, el distrito de Ventanilla limita por el sur con el cercado del Callao y el Distrito de San Martín de Porres, siendo el cauce del río Chillón su límite natural; por el norte, los cerros existente los separan del Distrito de Santa Rosa, por el este con el Distrito de Puente Piedra y, por el oeste limita con el Océano Pacífico. Su articulación física con el resto de la provincia del Callao se da principalmente a través de la autopista Néstor Gambeta y su principal acceso a Lima Metropolitana se da por la carretera Panamericana Norte.

Políticamente, el distrito de Ventanilla se encuentra dentro del Gobierno Regional del Callao y fue creado el 28 de Enero de 1969.

Centro Poblado "Mi Perú"

Al interior del Distrito de Ventanilla, la Municipalidad Provincial del Callao creó el 6 de octubre de 1994 al centro poblado menor **"Nuestra Señora De Las Mercedes – Mi Perú"** el mismo que cuenta con una población de más de 40 mil habitantes distribuidos en más de 18 asentamientos humanos (Entre los Asentamientos Humanos se puede mencionar a Villa Emilia, Villa del Mar, Chavinillo, Ampliación el Arenal, Virgen de Guadalupe, Hijos de Mi Perú, Virgen del Rosario, Santa Rosa, Los Jardines, Perú 2000 entre otros).

Mapa Satelital del Centro Poblado “Mi Perú”



Características Demográficas del Distrito de Ventanilla

Ventanilla es el distrito que exhibe los cambios demográficos de mayor contraste y rapidez a nivel provincial. El último periodo inter -censal 1993-2007 es particularmente ilustrativo porque durante este pasa de 94,497 habitantes, que representa el 14.8% del total de la población provincial, en 1993; a 277,895 habitantes, que representa el 31.7% del total, en 2007. Crece por lo tanto en 16.9%.

Además anotamos que durante estos años triplica su volumen de población y crece a un ritmo promedio anual de 7.8% que equivale a 13,100 habitantes por año.

Provincia Constitucional del Callao, Área Metropolitana Lima-Callao y Ventanilla

Población censada 1972-2007

(En miles de habitantes)

Ámbito	Años			
	1972	**1981**	**1993**	**2007**
Provincia Constitucional del Callao	321,231	443,413	639,729	876,877
Área Metropolitana Lima-Callao	3´302,523	4´808,010	6´345,856	8´482,619
Ventanilla	16,784	19,702	94,497	277, 895

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2005, 2007.

La población de niñas y niños de 0 a 2 años del distrito de Ventanilla asciende a 18.373, la cual representa el 6,6% de la población total. El crecimiento demográfico de Ventanilla es el más acelerado del país con una tasa de crecimiento de 8,2% anual, versus 1,8% del país y el 2,0% de la Región Callao. Esto debido a la migración de habitantes de otros distritos de Lima Metropolitana y por el desdoblamiento poblacional. Durante el periodo intercensal, de 1993 al 2007, su población aumentó 2,6 veces.

Según el Mapa de pobreza total a nivel distrital (INEI 2007), observamos que Ventanilla es el distrito que presenta la situación más crítica, con un 29,2% de pobreza total a nivel distrital, con un 0,6% de la pobreza extrema. Ventanilla es un distrito urbano-marginal con 45 bolsones de extrema pobreza. De los 125 bolsones de extrema pobreza de Lima Metropolitana y el Callao, 66,4% de ellos se encuentran en la región Callao (83) y 36% en Ventanilla (45).

Los principales problemas de salud que afronta el distrito de Ventanilla

Uno de los principales problemas son las altas tasas de desnutrición infantil, caracterizadas principalmente por el retardo de crecimiento (desnutrición crónica) y deficiencias específicas como la del hierro (anemia) y el embarazo en adolescentes.

Desnutrición Infantil

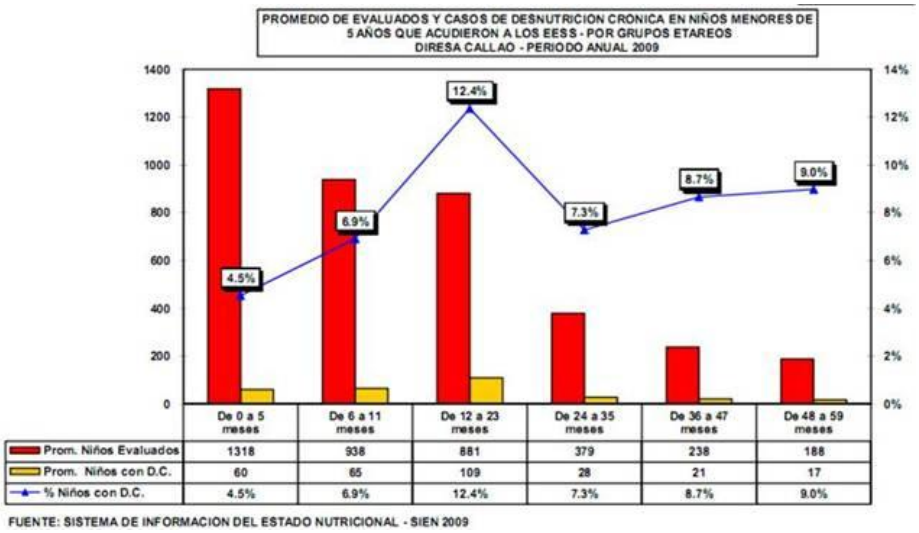
En cuanto a **desnutrición crónica** (DC) se observa que 2.658 niños y niñas menores de 5 años tienen retardo en el crecimiento (talla baja), y 11.270 niños y niñas menores de 5 años tienen riesgo de padecerla (talla baja). Cifra similar a la Región Callao (Sistema de Información del Estado Nutricional- SIEN 2008), pero inferior al promedio nacional (ENDES continua). La distribución geográfica muestra mayor prevalencia de desnutrición crónica en la zona Este correspondiente a Mi Perú y aledaños, seguida de la zona Oeste, que abarca a Pachacútec.

De acuerdo a la información proporcionada por la Red de Salud de Ventanilla, al tercer trimestre del 2010, se puede observar que del total de niñas y niñas menores de 05 años que acuden al establecimiento de Salud Mi Perú, el 4,1% están con DC, ligeramente menor que los años anteriores. Asimismo, analizando por números absolutos, se aprecia que un poco más de 100 casos presentados.

MR ANGAMOS								
C.S. MI PERU								
2008			2009			2010		
Desnutrido	10	4.3	Desnutrido	101	4.6	Desnutrido	105	4.1
Riesgo	36	15.3	Riesgo	294	13.4	Riesgo	464	18.3
Normal	189	80.4	Normal	1793	81.9	Normal	1969	77.6
TOTAL	235		TOTAL	2188		TOTAL	2538	

Fuente: SIEN, III Trimestre 2010. Red de Salud Ventanilla.

Analizando también la información de la Dirección Regional de Salud -DIRESA Callao por grupos etáreos se observa que la DC en menores de 6 meses alcanza un promedio de 4.5%, casi un punto porcentual menor con el año 2008. Al analizar las cifras absolutas se observa que el mayor número de casos de DC (109) se encuentra en el grupo etáreo de 12 a 23 meses.



FUENTE: SISTEMA DE INFORMACION DEL ESTADO NUTRICIONAL - SIEN 2009

Es preciso mencionar que el gráfico anterior corresponde a niños y niñas que acudieron al establecimiento de salud, así vemos que la mayor afluencia está en los menores de 03 años, siendo menor el número de niñas y niñas que acuden después de cumplidos los dos años de edad.

En el año 2009, la Municipalidad de Ventanilla, hizo un estudio del estado nutricional de una muestra de 166 niños y niñas, encontrando que los mayores porcentajes de DC se encuentran en el grupo etáreo de 12 a 23 meses y el grupo etáreo de 49 a 59 meses.

Evaluación del Índice Talla para la Edad según Grupo Etáreo.

Grupo Etáreo	Desnutrición Crónica				Riesgo de Desnutrición Crónica				Normal				Total de niños por grupo etáreo
	NCHS		OMS		NCHS		OMS		NCHS		OMS		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0 a 11 meses	0	0,0	0	0,0	6	22,2	9	33,3	21	77,8	18	66,7	27
12 a 23 meses	5	15,6	5	15,6	13	40,6	13	40,6	14	43,8	14	43,8	32
24 a 35 meses	3	6,3	10	20,8	20	41,7	19	39,6	25	52,1	19	39,6	48
36 a 47 meses	1	3,4	3	10,3	14	48,3	14	48,3	14	48,3	12	41,4	29
48 a 59 meses	5	16,7	5	16,7	6	20,0	7	23,3	19	63,3	18	60,0	30

En cuanto a **desnutrición aguda** se observa que 380 niños y niñas menores de 5 años tienen bajo peso, para la talla, y que 1.709 niños y niñas menores de 5 años tienen riesgo de padecerla. Los datos encontrados son inferiores a lo reportado a nivel regional (SIEN 2008) pero superiores al promedio nacional (ENDES continua). Asimismo,

encontramos que la zona de mayor vulnerabilidad al adelgazamiento (desnutrición aguda) se encuentra en la zona Oeste del distrito que abarca los asentamientos humanos de Pachacútec, que se correlaciona con la menor disponibilidad de servicios básicos en el distrito.

En cuanto a la **anemia** observamos que un 33,3% de niñas y niños menores de 5 años tiene anemia, mientras que un 35,0% está en situación de riesgo. Asimismo, observamos que un 63,6% de niñas y niños menores de 2 años padece de anemia.

Dentro de las principales causas de la desnutrición crónica infantil, el plan de desarrollo concertado del distrito de Ventanilla señala las siguientes:

- Inadecuada ingesta de alimentos causada por insuficiente seguridad alimentaria
- Inadecuadas prácticas y hábitos alimentarios; así encontramos que en Pachacútec el 52% de niños entre 6 y 24 meses consume sopas como parte de su alimentación.

Información de la situación nutricional de los niños que participan del PNWW

Información del número de niños y niñas menores de 02 años que asisten al Wawa Wasi según Estado Nutricional
Comité de Gestión Obreras Unidas – Centro Poblado Mi Perú

Periodo	Normales		RDC		DC		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
I trimestre 2010	18	43,9%	17	41,16%	6	14.63%	41
II trimestre 2010	22	50%	18	40,41%	4	9.09%	44
III trimestre 2010	16	55,17%	9	31,03%	4	13,79%	29
IV trimestre 2010	9	45%	9	45%	2	10%	20

- **Fuente: Sistema Wawa Net, Sede Callao.**

Embarazo en adolescentes

La Red de Salud de Ventanilla cuenta con 15 establecimientos de Salud y un Hospital, con una población adolescente de 51878 que corresponde al 16% de la población total. Esta población comprende las edades de 10 a 19 años, en la cuallos adolescentes están en proceso de formación y expuestos a múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, los que los hacen vulnerables a conductas de riesgo por el entorno y otros determinantes sociales.

Según datos de la Red de Salud de Ventanilla, el distrito ha registrado en el año 2006 un total de 914 gestantes adolescentes, que representan el 45,3% de las gestantes a nivel distrital. El 7,9% (723 casos) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad de las zonas urbano-marginales del distrito de Ventanilla son madres o se encuentran embarazadas.

Sobre los embarazos adolescentes, es importante conocer que Ventanilla es el distrito con mayor número de gestantes menores de 18 años. Esta situación es reconocida en el Plan de Desarrollo Concertado Distrital y por la población, por ello, en el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) 2008 se señala la importancia de la labor de promoción de la salud que realiza los establecimientos de salud como política sectorial que se complementa con la labor que desempeñan las promotoras de salud. Es a través de estas redes de mujeres que la prevención, mediante la sensibilización en diferentes temas de salud, llega a la población.

De acuerdo a los datos del Plan Educativo Local de Ventanilla, la mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (58,4%) se encuentran en unión consensual. El 31.5% de ellas son madres solteras, el 7,1% se encuentran separadas o están divorciadas y solamente el 3% están casadas. El 81,2% de las madres o embarazadas adolescentes han estudiado algún año de educación secundaria (50,1% secundaria incompleta y 31,4% secundaria completa), el 16,2% tienen educación primaria (5,8% primaria completa y 10,4% primaria incompleta), y el 1,5% a logrado estudiar algún año de educación superior.

El Plan de Igualdad de Oportunidades de Ventanilla, 2008 también señala que en materia de planificación familiar, al menos del 40% de las mujeres utiliza anticonceptivos y de este grupo el 94.5% de sus parejas no utilizan. El resto de mujeres (60%) que no utiliza métodos anticonceptivos señalan en su mayoría que no acceden a estos por no tener pareja, lo que advierte una distorsión de la sexualidad, percibida sólo como ejercicio para la procreación y no como un derecho sexual que debe ser ejercido con plenitud y responsabilidad. El 29,8% de los adolescentes usa métodos no seguros para prevenir embarazos en Ventanilla.

5.2 Narrativas

Para proteger la identidad de los niños y de los padres del estudio se ha remplazado sus nombres por otros nombres. Los cinco primeros casos corresponden a los niños identificados con DC y los otros cinco casos a niños con estado nutricional normal.

Características Generales de los casos

Información básica	HC con Desnutrición Crónica	HC sin Desnutrición Crónica
Número de niños y niñas por sexo	**4 varones** **1 mujeres**	**3 varones** **2 mujeres**
Edad promedio que inician el estudio	**15 a 16 meses**	**16 a 17 meses**
Edad de la madre al inicio del estudio	**1 adolescentes** **4 mayores de 20 años**	**03 adolescentes** **02 mayores de 20 años**
Personas que viven en el hogar	Adultos: Entre 2 a 4 Niños: Entre 1 a 4	Adultos: Entre 2 a 6 Niños: Entre 1 a 5
Nivel SISFOH	1	1

Caso 1:

Datos Generales del Niño

Identificación: Rodrigo

Sexo: Masculino

Edad al inicio del estudio: 16 meses

Edad al término del estudio: 24 meses

Datos familiares

Edad de la madre: 28 años

Padre: Ausente, trabaja en el extranjero

Número de personas que viven en el hogar: 5

Cuenta con servicios básicos: Sí

Tipo del trabajo de la madre: Ayudante en labores domésticas en familias de la zona

Jefe del hogar: Abuelo de 51 años, tiene un taller de cerrajería en su casa.

Vivienda: propia.

Descripción del caso

Rodrigo es identificado para el estudio, a través de un registro proporcionado por el Centro de Salud. Es el segundo hijo de Patricia, su mamá cuenta que le falló la T de cobre, tenía hemorragias y luego salió embarazada, a los quince días no quería tenerlo, pero conforme pasó el tiempo aceptó el embarazo.

La madre refiere haber tenido un embarazo normal, lo único que no le gustaba fueron los vómitos.

Durante el embarazo, asistía a sus controles y a la psicoprofilaxis, allí le enseñaron a comunicarse con su bebe, "me decían que le hablara y le decía que estaba bien".

Su papá no estuvo durante el embarazo, porque trabaja en Chile, cuando venía, le decía "mi bebito".

Rodrigo nació el 07 de enero del 2009, pesó 3,200 kg y su talla fue de 52cm, fue atendido en el Hospital Carrión, luego lo trajo a Ventanilla para sus vacunas. No lo llevaba al Puesto de Salud Mi Perú porque había que madrugar para sacar cita. Cuando estaba bebito, estuvo mes y medio en UCI, "estaba con los bronquios tipo asma, lo nebulizaron con spray. Se enfermaba constantemente, tenía convulsiones, fiebre alta, tenía miedo que se muera."

Su historia clínica, proporcionada por el Centro de Salud, nos muestra que Rodrigo acudía a sus controles durante el primer año de vida. Sin embargo, los primeros cuatro meses de nacido no cuenta con información de su crecimiento en el Centro de Salud Mi Perú, probablemente porque fue atendido en el Hospital Carrión.

FECHA	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	P/T	T/E	P/E	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
07/01/2009	0	3,200	52	-1.9	1.12	-0.3	NORMAL	NORMAL	NORMAL
18/05/2009	0.04	5,150	60	-1.86	-2.17	-2.87	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
30/06/2009	0.05	4,600	60	-3.3	-3.36	-4.46	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
31/07/2009	0.06	5,800	62	-1.45	-3.13	-3.11	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
19/08/2009	0.07	6,000	63	-1.51	-3.06	-3.05	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
28/10/2009	0.09	6,500	66	-1.79	-3.01	-3.02	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
29/12/2009	0.11	8,000	68.5	-0.12	-2.92	-1.64	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
22/01/2010	1.00	6,950	69	-2.06	-3.05	-3.07	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
24/03/2010	1.02	7,250	70	-1.87	-3.43	-3.08	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
12/04/2010	1.03	6,950	69	-2.06	-4.05	-3.53	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
16/04/2010	1.03	8,000	69	-0.3	-4.09	-2.34	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
27/04/2010	1.03	7,500	70	-1.44	-3.82	-2.98	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
06/05/2010	1.03	7,500	70	-1.44	-3.92	-3.03	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
07/05/2010	1.03	7,500	74	-2.69	-2.38	-3.04	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
21/05/2010	1.04	7,500	74	-2.69	-2.54	-3.11	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
18/06/2010	1.05	7,500	74	-2.69	-2.85	-3.25	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
08/07/2010	1.05	7,500	74	-2.69	-3.05	-3.35	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
17/07/2010	1.06	8,000	70	-0.63	-4.62	-2.85	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
17/08/2010	1.07	7,900	75.1	-2.33	-3.04	-3.11	DESN AGUDA	TALLA BAJA	DESN GLOBAL

Curva de crecimiento

La curva de crecimiento de Rodrigo muestra inconsistencias, debido a la falta de precisión del peso y la talla tomado en cada control. De acuerdo a la información registrada por el personal de salud, a los 5 meses de nacido, tenía un retardo en su crecimiento.

La mamá refiere que tuvo problemas con la lactancia materna y desde muy pequeño le dio fórmulas maternizadas.

Revisando los registros del PNWW, se observa que Rodrigo asistió a Wawa Wasi de abril a julio del 2010, allí recibió el control de salud del mismo establecimiento de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Monitoreo de salud

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
662535	2010-7	08/07/2010	7.50	74.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	DESNUTRICION AGUDA	TALLA BAJA	RIESGO
659392	2010-6	18/06/2010	7.50	74.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	RIESGO
652939	2010-5	07/05/2010	7.50	74.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	RIESGO
645129	2010-4	16/04/2010	8.00	69.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL

Fuente: Sistema Wawa Net.

Si bien los datos del programa difieren mucho a los datos del establecimiento de salud, en ambos casos el diagnóstico fue desnutrición crónica y aguda, por lo cual el Centro de Salud le otorgaba una canasta de alimentos provenientes del Programa de Asistencia Alimentaria.

Rodrigo ingresa a Wawa Wasi cuando ya estaba con diagnóstico de desnutrición crónica. La asistencia del Rodrigo al Wawa Wasi fue de 4 meses, lo que le permitió a Rodrigo adquirir diversas habilidades, tales como comer sólo, lavarse solo, jugar y llevar una rutina de descanso, de acuerdo a lo que nos manifiesta la coordinadora de campo del programa y luego lo reafirma la madre. Sin embargo, Rodrigo dejó de asistir al Wawa Wasi, porque se cerró el Wawa Wasi por falta de asistencia de los niños.

El abuelo de Rodrigo, comenta y me muestra unas bolsas de leche que les manda su hijo de Chile, esas bolsas la comparten entre todos pero sobretodo se la dan a Rodrigo.

La madre de Rodrigo, comenta que lo que gusta de su hijo es que hace bromas, es chistoso. “Las cosas que ve la repite es tranquilo”. Nos dice que cuando juegan él es muy cariñoso, le da besito, le agarra la frente.

Asimismo, nos cuenta que cuando se porta malcriado es cuando no le da algo que quiere entonces tiene pataletas.

Nos dice también que le es difícil dar afecto cuando se aburre. "cuando te aburres no es igual".

La mamá nos cuenta también que Rodrigo es tranquilo cuando está con su tía u otras personas que lo cuidan. La madre lo lleva eventualmente a casa de la tía.

Rodrigo si come porque aprendió a comer solo en el Wawa Wasi, la mamá dice que ella le da cariño y cree que Rodrigo esté desnutrido no por falta de alimentos, sino por su enfermedad nos dice. Además añade que le hicieron análisis de heces porque le rechinaban los dientes, pero no se encontró nada.

Observación en el hogar

A través de la información proporcionada por el Centro de Salud, se realiza la primera visita a Rodrigo, cuando llegamos a su casa, no lo encontramos, el abuelo, quien tiene un taller de soldaduras, nos dice que Rodrigo está con una chica que lo está cuidando quien lo ha llevado al circo, por tanto, debe estar haciendo la cola para entrar.

Como el circo está cerca, fuimos a buscarlo, lo localizamos en brazos de la cuidadora, ella le había comprado un helado, le preguntamos cuando podíamos ir a verlo y nos dijo que iba a preguntarle a la mamá de Rodrigo, le pedimos que lo llevara al centro de Salud, para una evaluación, quedamos que lo llevaría al día siguiente.

Al día siguiente nos encontramos en el centro de Salud a lo hora convenida, llegó la cuidadora con Rodrigo, su mamá no pudo venir porque estaba trabajando. Cuando estábamos haciendo la cola para el ticket de atención, se nos acercó una señora, quien dijo ser la tía de Rodrigo, la cuidadora no la conocía, por lo que tuvimos un poco de

desconfianza, sin embargo, ella dijo que era su tía y estaba preocupada por la salud de su sobrino, que se lo había dicho muchas veces a su mamá y ella no le hacía caso.

Entramos junto con la tía a la consulta, Rodrigo fue evaluado por un trabajador de salud y aproveché para revisar su historia clínica y registrar algunos datos.

El profesional de salud, que lo evaluó me dijo que Rodrigo estaba registrado como niño con DC y estaba recibiendo una canasta de alimentos, la consejería que dio a la cuidadora se centró en decirle que le diera de comer, la cuidadora miraba al profesional, asentaba con la cabeza, cuando le preguntó que había comido en su desayuno ella le dijo que no sabía porque ella llegó a la casa de Rodrigo a las 9:00am. Eran las 11:30 a.m. y desde el desayuno, que se supone que fue antes de las 9:00am, Rodrigo no había comido nada.

La tía dijo que no le parecía bien que Rodrigo esté así y le iba a pedir a la mamá que lo lleve a su casa, para que ella lo cuide.

Al terminar la consulta, quedé con la cuidadora que le diga a la mamá que iría a visitarla el día domingo por la mañana.

Observación del video

En la visita del domingo, encontramos a la mamá, quien nos recibe y nos hace pasar. Se observa que la mamá sienta a Rodrigo sobre sus piernas, le amarra los zapatos y le acomoda la ropa, mientras tanto le habla bajito al oído, no se logra escuchar lo que le dice.

Rodrigo se para y se va, la mamá se queda sentada y desde allí le dice ¡Rodrigo Ven!, uno de sus hermanos va a traerlo, Rodrigo no quiere, pero él lo carga y lo trae a la fuerza, Rodrigo llora.

Cuando lo trae, la mamá lo coge de la ropa, le pide que recoja un papel que se ha caído al piso, él no le hace caso, le dice “malcriado eres”

La mamá tiene una tapa de metal, la cual la toca para llamar su atención “a ver canta”, le dice, pero Rodrigo no quiere y se va.

Se le dice a la mamá que se va a pesar a Rodrigo, se le pide que le saque la ropa, ella lo desviste con naturalidad y Rodrigo se deja.

La mamá le coloca la calzoneta y lo suelta para pesarlo en la balanza reloj, Rodrigo se ríe, se deja pesar, ella ríe con él, lo cambia con cuidado y lo deja libre.

Unas semanas después se vuelve a realizar una visita al hogar de Rodrigo, se encuentra a Rodrigo jugando en el patiecito de la casa, no había ningún adulto que esté con él, su hermano estaba jugando en la calle, va a avisar a la mamá, la mamá estaba lavando ropa en una casa cercana. Entramos a la casa, la mamá nos muestra unos carritos que le había comprado y me dice que a Rodrigo le encanta los carritos, no lo ha vuelto llevar al centro de salud, dice que ve bien a su hijo y que está creciendo bien.

Caso 2:

Datos Generales de la Niña

Identificación: Bibiana
Sexo: Femenino
Edad al inicio del estudio: 17 meses
Edad al término del estudio: 25 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 23 años
Padre: Ausente, trabaja en el extranjero

Número de personas que viven en el hogar: 6

Cuenta con servicios básicos: Sí

Tipo del trabajo de la madre: Trabaja en un casino

Descripción del caso

Bibiana es identificada para el estudio a través de un registro del PNWW. Ella es la primera hija de Diana; al momento de la identificación de la niña, la madre trabajaba en un casino meses después deja de trabajar para dedicarse a cuidar a su hija en casa, esto se debe a que Diana mantiene una nueva relación sentimental, su pareja es chofer de bus.

Diana os relata que al enterarse de estar embarazada, consideró su estado como difícil dado que su madre había fallecido al día siguiente de haberse hecho la prueba de embarazo. La madre de Diana estaba muy enferma y pese a ello había notado su embarazo, le dijo que presentía que estaba embarazada, es por ello que Diana realizó el examen de embarazo, resultando positivo, cuando fue al médico le dijeron que tenía 3 meses de embarazo y que estaba baja de peso.

Nos relató que tenía mucho miedo de contarle a su padre; aunado a ello, estaba bastante afligida por la muerte de su madre. Sin embargo, a pesar del miedo que ella mencionó experimentar, refiere que se armó de valor y le contó. La reacción con el padre, no fue la esperada para Diana su padre se mostró receptivo. Además, nos comentó que su pareja le apoyó durante los dos 2 meses siguientes, luego de contarle, refiere que tuvo palabras de aliento “podríamos afrontarlo ambos” y muestras de afecto físico, así como expectativas en relación al embarazo “acariciaba mi barriga y decía que quería una niña”.

Luego de esos 2 meses, él le dijo que viajaría a Chile por trabajo. Se fue y no la llamó, no estuvo en el parto. Cuando Bibiana tenía 6 meses de nacida, la volvió a ver, refiere que le tomó fotos. Nuevamente se fue a Chile y no llegó a firmar la partida.

Hasta la celebración del día de la madre del 2010, él regreso pidiendo disculpas y desde esa fecha no le ha vuelto a ver.

Diana menciona que sólo tuvo el apoyo de su hermana a través de sus visitas y conversaciones, mas sintió que su embarazo lo vivió en soledad, iba a sus controles del Centro de Salud sola, además no tenía con quien conversar. En esa situación, explica haberse sentido "deprimida". Después de ello, refiere haber mejorado su estado de ánimo dado que estaba consciente que Bibiana nacería.

La madre mencionó que durante el embarazo le gustó que Bibiana se moviera bastante, además le gustó el momento en el que vio a su bebe nacer; además, aquello que le disgustó fue los cambios constantes de humor, ejemplifica que un día se sentía "deprimida" y a la mañana siguiente se sentía mejor emocionalmente.

Cuando se le preguntó sobre qué hacía cuando se sentía así, explicó que trataba de buscar a su hermana, quien vive cerca de ella o alguna vecina con quien pudiera conversar; además comentó que regresaba a su casa cansada, luego del trabajo y no tenía tiempo para reflexionar acerca de su estado emocional, por lo que se echaba a dormir.

Otro comentario de la madre en relación a su embarazo, es que ella se comunicaba con su hija en circunstancias donde Bibiana se mostraba, es decir, "cuando se movía y me hacía doler sí le hablaba", refiere que acariciaba su vientre y le decía que le quería mucho. Además, en circunstancias donde le dolía mucho el vientre, le decía que se dejara de mover y le pedía que naciera lo antes posible.

Otro momento de comunicación con Bibiana descrito por Diana, fue cuando ella se sentía triste, en ese momento le pedía que naciera para que le acompañara. Asimismo; también comenta que su hermana también tocaba su vientre y conversaba con Bibiana, le decía "nace de una vez [risas de Diana]".

Así, Bibiana nació a través de una cesárea el 5 de diciembre del 2008, pesó 3 kg y su talla fue de 48cm, fue atendida en el Centro de Salud Mi Perú. Diana explicó que no pudo darle de lactar de inmediato dado que su pezón no estaba preparado para ello, refiere que por esa razón no le entregaron de inmediato a su bebé al nacer.

Durante los primeros quince días, manifiesta que Bibiana se alimentaba con fórmulas nutricionales que una doctora del Centro de Salud donó para ella, dado que no tenía para comprar la leche y su condición de cesareada no le facilitaba moverse. Sin embargo, en el Centro de Salud le obligaban a que le diera de lactar, recuerda que las enfermeras le asistían para esa tarea.

Durante el puerperio, no hablaba con su hija, Diana explicó que no lo hacía mucho dado que estaba preocupada por hablar con las doctoras y obtener la máxima información que pudiera. Sin embargo, mencionó que cuando empezó a darle de lactar ambas se miraban.

Diana manifiesta que a pesar que demoró el inicio de la lactancia pudo darle normalmente y comentaba que Bibiana lactaba y se quedaba dormida. Mencionó además que la había acostumbrado a brazos desde que la trajo del hospital, explica que la tenía todo el tiempo abrazada "no podía echarle en la cama porque lloraba".

Explicó que Bibiana se acostumbró al pecho y no quiso tomar biberón, refiere que tuvo que darle pecho hasta el año de edad, "No quería, para nada quería dejar de tomar pecho". Asimismo, después de primer año la madre comentó haber dejado a Bibiana a cargo de su vecina, quien le decía al final del día que Bibiana no quería comer. Cuando Diana llegaba del trabajo, le daba de comer "alguito siquiera", comida que iba acompañada de la leche de pecho porque refiere que Bibiana no comía hasta que le diera la teta.

En relación a la historia clínica de Bibiana, observamos que Bibiana acudía a sus controles desde mayo del 2009; sin embargo no se encuentran datos previos a esa fecha.

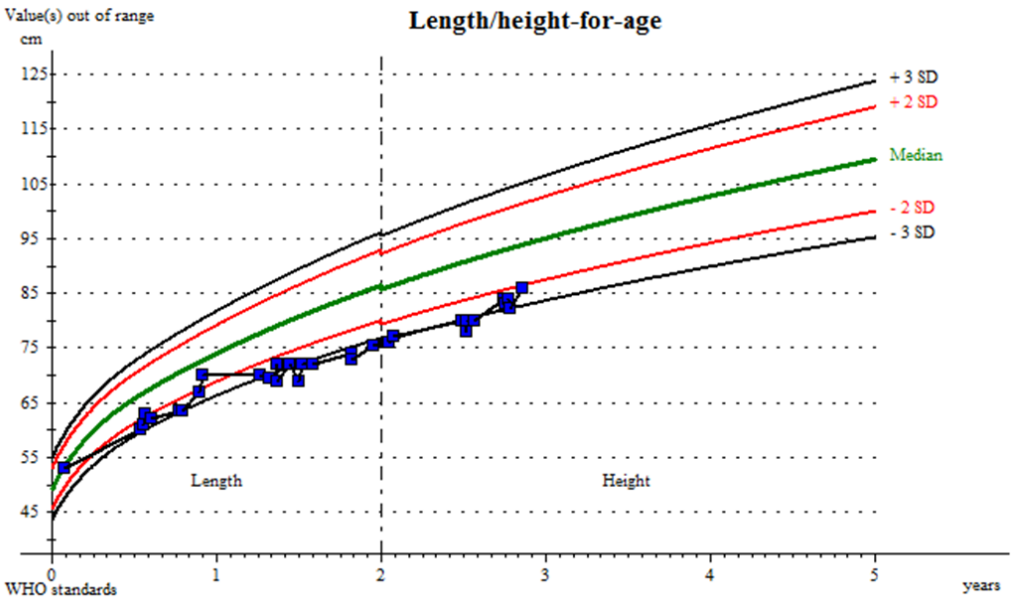
Cuadro 1. **Cuadro de datos de la historia clínica de Bibiana**

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
05/12/2008	0	3,900	53	NORMAL	ALTO	NORMAL
21/05/2009	0.05	5,600	60	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
29/05/2009	0.05	5,250	61	NORMAL	NORMAL	DESN GLOBAL
02/06/2009	0.05	5,280	63	DESN AGUDA	NORMAL	DESN GLOBAL
16/06/2009	0.06	5450	62	NORMAL	NORMAL	DESN GLOBAL
17/08/2009	0.08	6,000	63,5	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
21/08/2009	0.08	9,400	63.5	OBESIDAD	TALLA BAJA	NORMAL
01/10/2009	0.09	6,700	67	NORMAL	NORMAL	NORMAL
05/10/2009	0.09	6,700	70	DESN AGUDA	NORMAL	NORMAL
12/02/2010	1.02	7,200	70	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
02/03/2010	1.02	7,000	69.5	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
15/03/2010	1.03	7,000				DESN GLOBAL
22/03/2010	1.03	7,000	69	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
16/04/2010	1.04	9,000	72	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
14/05/2010	1.05	7,400	72	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
18/06/2010	1.06	8,000	71	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
02/09/2010	1.08	9,000	74	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
02/09/2010	1.08	7,900	73	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
05/12/2010	1.11	8,500	77	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
06/05/2011	2.04	10,000	80	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
16/05/2011	2.05	9,200	78	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
16/05/2011	2.05	10,000	80	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
01/06/2011	2.05	10,000	80	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
05/08/2011	2.07	9,400	83.8	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
10/08/2011	2.08	9,200	83	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
17/08/2011	2.08	9,400	83.8	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
18/08/2011	2.08	10,000	83	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL

Fuente: Datos de la Historia Clínica proporcionada por el Centro de salud. Diagnóstico con el patrón de referencia de la OMS.

Según los datos de la historia clínica de Bibiana, se observa que luego de su nacimiento, acudió al Establecimiento de Salud al quinto mes de nacida, la razón por la cual acudió varias veces fue porque tenía tos y bronquitis aguda. También se observa que después del noveno mes deja de asistir al ES y vuelve al año y dos meses. Pese que al octavo mes ya tenía retardo de talla, el ES no identifica el problema porque hasta diciembre del 2010, aún se realizaba el diagnóstico utilizando como referencia el patrón de la NCHS. El problema de DC se identifica cuando va al Wawa Wasi.

Curva de crecimiento



En el cuadro podemos observar que la curva de crecimiento de Bibiana muestra inconsistencias, debido a la imprecisión del peso y talla tomado en cada control. A los 6 meses de nacida ya mostraba señales de riesgo nutricional por su talla baja, además se pudo notar que Bibiana asistía al Centro de Salud por otras razones más allá de su control CRED.

Así, notamos que tuvo tos o IRA durante el primer año de vida; además de presencia de parasitosis a partir de los 20 meses con sospechas previas de esta condición. También se registra tardíamente la identificación oportuna del pie plano.

Bibiana asistió a un Wawa Wasi cercano de manera regular por cinco meses (de febrero a junio del 2010) tuvo un reingreso desde octubre a diciembre del mismo año. Allí recibió el control de salud del mismo establecimiento de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Cuadro 2. Cuadro de control de crecimiento y desarrollo extramural (Wawa Net)

Monitoreo de salud

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
700330	2010-12	15/12/2010	8.50	77.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
688710	2010-11	25/11/2010	8.20	76.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
685832	2010-10	20/10/2010	8.10	75.50	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
659404	2010-6	09/06/2010	8.00	72.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	NORMAL
652944	2010-5	07/05/2010	7.50	69.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
645167	2010-4	16/04/2010	9.00	72.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
638749	2010-3	19/03/2010	7.20	72.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	DESNUTRICION AGUDA		
632340	2010-2	12/02/2010	7.20	70.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	

Los diagnósticos nos muestran que en abril del 2010 se le identifica desnutrición crónica, al cumplir los dos años Bibiana no logró superar la desnutrición crónica y mantiene una desnutrición aguda por varios meses.

Notamos que la información nutricional del establecimiento de salud y del Programa Wawa Wasi muestra inconsistencias en los datos de peso y talla de Bibiana, dicha información es proporcionada a la madre, por ambos servicios, el diagnóstico fue desnutrición crónica y aguda, por lo cual Diana puso particular atención en Bibiana.

Durante el tiempo que Bibiana no asistía al Wawa Wasi se quedaba con la vecina. La vecina que cuidaba a Bibiana, también cuidaba a un bebé de 6 meses, ella tiene dos hijos, y además del cuidado hace las tareas de su hogar: labores domésticas como limpiar, lavar, cocinar, también realiza compras para preparar el almuerzo. Es decir su tiempo de cuidado no es a dedicación exclusiva.

El día de la primera visita al hogar, se pudo observar que Bibiana no tenía un régimen de comida, ese día de la visita Bibiana desayunó una taza de “Quaker” (avena) a las 8:00am, no toma leche de vaca, a veces come huevo. Ese mismo día, la cuidadora le ofreció un plátano con un poco de algarrobina a las 12:30 p.m., la cuidador a justifica que no le había dado de almorzar porque la tía no había enviado el almuerzo de Bibiana.

La cuidadora pela el plátano y lo troza, utilizando un tenedor le ofrece un trozo de plátano, Bibiana abre la boca y lo come. Bibiana recibe nuevamente el segundo trozo, nos mira, pero no mira a la cuidadora.

Bibiana está sentada sobre la mesa del comedor, no tiene un espacio especial para ella, la cuidadora está atenta que al moverse no se vaya a caer, y casi no la deja moverse.

Mientras la cuidadora le sigue dando trozos de plátano esperando que lo mastique, Bibiana juega con un lapicero. La cuidadora le habla de manera imperativa, le da órdenes, ¡come!, ¡mastica!, la mira muy pocas veces. Cuando Bibiana se voltea, ella aprovecha para acariciar su cabello.

Bibiana ha comido cinco cucharadas, la cuidadora le dice "Me haces quedar mal".

Bibiana quiere moverse, pero la cuidadora le dice ¡cuidado te caigas! Hay otros niños alrededor de la mesa que la observan (son los hijos de la cuidadora) Luego Bibiana se resiste a recibir el siguiente bocado, ella le amenaza diciendo "ahora te llevan, come", Bibiana llora un poco sin abrir la boca, luego abre la boca y sigue comiendo.

El momento se pone tenso, Bibiana no quiere seguir recibiendo, voltea la cara, la cuidadora le dice "uno más", luego nuevamente la amenaza. Bibiana cierra la boca, aprieta fuertemente los labios, voltea la cabeza y llora. La cuidadora le da a la fuerza y Bibiana saca la comida de la boca, empujando con la lengua, la cuidadora le dice "no escupas". Luego cambia el tenedor por una cuchara y le limpia la boca con la cuchara. Insistiendo le logra dar el último bocado.

El aspecto físico de Bibiana es descuidado, está con la ropa sucia y despeinada.

La vecina refiere que su mamá es madre soltera y no tiene mamá porque ella falleció cuando estaba embarazada.

La vecina es consciente que Bibiana no quiere comer, "me desespero porque no come". Las hermanas de Bibiana dicen que la niña no come porque Diana (mamá de Bibiana) no comía cuando era pequeña.

En la segunda visita, se encuentra a Bibiana al cuidado de la hija de la cuidadora, su mamá había salido a comprar alimentos para preparar el almuerzo.

Anteriormente se había conversado con la cuidadora para llevar a Bibiana a pesar y tallar al Wawa Wasi, porque allí cuenta con los equipos para ello. Al no encontrar a la cuidadora, llevé a Bibiana al Wawa Wasi, que encontraba a dos cuadras de su casa. Bibiana estaba un poco temerosa, me abrazó y la llevé cargada.

Cuando llegamos al Wawa Wasi, la madre cuidadora recibió a Bibiana con cariño, Bibiana empezó a llorar suavemente, no me soltaba. Le expliqué lo que íbamos a hacer, le mostré la balanza y el tallímetro, ella lloró un poquito, se dejó cambiar, la pesé con mucho cuidado, luego con ayuda de la madre cuidadora la pesamos.

Bibiana, solo suspiraba aguantando el llanto, la cambié, ella no dejaba de abrazarme.

Salimos del Wawa Wasi y regresamos a su casa, en el camino estaba más tranquila, su mirada estaba hacia su casa, le iba hablando en el camino, ella seguía mirando la calle. Faltando unos pasos para llegar a su casa, nos encontramos con su cuidadora, que regresaba del mercado con unas bolsas.

Le conté que había llevado a Bibiana al wawa wasi para pesarla, le di los datos, pregunté que iba a comer Bibiana, ella me dijo que no le habían mandado su comida, pero le iba a dar algo de comida, después de cocinar para su casa. Le dije a Bibiana, me

tengo que ir, la dejé y ella entró caminando a la casa. Me despedí y quedé en regresar la siguiente semana para conversar con la mamá.

Después de varias semanas, se logró una primera entrevista con la mamá de Bibiana, era aproximadamente las 12:00 p.m., Bibiana había ido al mercado con su mamá y su mamá le compró jugo especial, el mismo que trajo en bolsa a su casa.

Su mamá me hizo pasar a su casa, allí me senté en su cama y ella también, se le notaba un poco temerosa, poco a poco entró en confianza y empezó a contarme su cómo se enteró que estaba embarazada y la muerte de su mamá por esclerosis múltiple, cuando contaba empezó a llorar y me decía que se había sentido muy mal, se sentía sola, había días que llegaba a su casa y abrazaba a su hija y se ponía a llorar. También contó que el papá de Bibiana estaba lejos y no la llamaba.

La conversación duró como dos horas, Bibiana estaba jugando con su prima, por momentos entraba a pedirle teta y ella le ofrecía el jugo que había traído, pero Bibiana no quería.

La mamá de Bibiana estaba preocupada porque veía que su hija no subía de peso y decía es porque no puedo estar con ella, "en el Wawa Wasi no la puedo dejar porque su horario no se ajusta al horario que tengo yo vengo muy de noche."

En la última entrevista, cuando Bibiana tenía 2 años, Diana refiere estar atenta a la alimentación de Bibiana, es así que ahora le exige comida a través de una señales que ella entiende, "me", "me dice", dichas señales son atendidas de inmediato por la madre. Además, Diana señala que la engríe, algunas veces juega con ella mientras come, la lleva al parque y comen en la calle, según cuenta la madre "comemos cualquier cosita allá".

Cuando se le preguntó si podía narrar alguna experiencia en el dar de comer, ella contó que su hija ahora le grita que quiere comer "me grita…que quiere comer pollo me

dice, Pollo con papas me dice". Dicho pedido es atendido por Diana en diferentes circunstancias como cuando la lleva al mercado y Bibiana pide "huevo de codorniz" [Comida al paso rápida y nutritiva]. Comenta que cada día la lleva al mercado y Bibiana le pide "mami huevo", Diana reconoce que tiene ya una "casera" que conoce a Bibiana y quien diariamente le compra dicho alimento.

Al darnos detalle, pudimos conocer que Diana le abre la bolsa que contiene los huevos de codorniz y le da uno por uno en la boca; sin embargo, reconoce que Bibiana está deseosa por querer hacer ella misma las cosas, narra que en algunos momentos ella le permite que lo haga, pero que en general cuando lo hace se le rompe la bolsa y se le cae el alimento. Explica que por esa razón ella misma le da; importante mencionar que Diana atribuye lo que sucede a que la bolsa es pequeña y que la mano de Bibiana no entra y se queda pegada, de manera que al jalarlo, se rompe la bolsa.

Asimismo narró que en el caso de las comidas en casa, es Diana quien deshilacha la comida para que Bibiana coma sola. Narró que existen momentos en el que Bibiana juega con la comida, y que en esas circunstancias le dice que no lo haga, "que no juegue le digo", explica que hay momentos en el que se pone caprichosa y sigue jugando, a lo que ella atina a no decirle nada.

Caso 3:

Datos Generales del Niño

Identificación: Mario
Sexo: Masculino
Edad al inicio del estudio: 18 meses
Edad al término del estudio: 26 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 15años

Padre: Ausente, no vive con ella.

Número de personas que viven en el hogar: 4

Cuenta con servicios básicos: Sí

Tipo del trabajo de la madre: Operadora

Jefe del hogar: Abuelo

Vivienda: propia.

Descripción del caso

Mario es identificado para el estudio a través del sistema wawa net del Programa Nacional Wawa Wasi. Él es el primer hijo de Jessica, quien en el momento de la identificación tenía 16 años y estudiaba para terminar la secundaria posteriormente se dedica a trabajar como operadora. Jessica mantiene una relación sentimental con el padre de su hijo, él es moto taxista; pero no viven con él porque vive con su madre, un hermanito menor de un año, una hermana de 11 años y su padre.

Jessica nos relató que consideró su embarazo como traumático, dado que percibía que era una responsabilidad grande y más aún a los 15 años. Comentó que era consciente que su vida cambiaría, idea que fue difícil de asimilar al inicio y que posteriormente lo fue confrontando con el apoyo emocional y económico de su madre, padre y pareja. Otra forma de apoyo que refirió fue que su madre la acompañaba al Centro de Salud para sus controles de Mario, incluso cuando Jessica no podía acudir ella lo llevaba.

Asimismo, nos mencionó que durante su embarazo le gustó que su padre y madre le brindasen comprensión y cariño; tuvo además particular agrado sobre las expectativas de su padre en relación a su nieto. Aquello que le disgustó fue que sus padres le hacían sentir mal cuando ocurrían problemas en casa; sin embargo, comentó que ella les entendía y argumenta que ellos no se daban cuenta de lo que le generaban, por lo que evitaba discusiones.

En el transcurso del embarazo, Jessica nos comentó que se comunicaba poco con Mario, refería que cuando lo hacía le decía que naciera pronto y que le quería. Ella atribuyó su tipo de comunicación a que salió embarazada a corta edad, por lo que quedó resignada a tener a su hijo; además refirió un reproche inicial de sus padres, mas no especificó en qué circunstancias.

Del mismo modo, sus padres también se comunicaban con Mario, detalló que su padre era más cariñoso, le tocaba su barriga y le decía que le quería y que naciera pronto, que le quisiera ver, él comentaba "Ya soy abuelo con Mario". De esta forma, nos narró que su padre era quien estaba más preocupado porque su embarazo fuese normal, con énfasis en que comiese oportunamente toda su comida.

Así Mario nació a través de un parto normal el 7 de noviembre del 2008, pesó 3100 gramos y su talla fue de 49cm, fue atendido en el Hospital de Ventanilla. Jessica explicó que no pudo dar de lactar de inmediato e intentó comunicarse con Mario, refirió que le miraba en repetidas veces y percibía que él se reía, situación que le hacía sentir que en verdad estaban conectados. Explicó, además, que hasta ese momento dejó de sentir nostalgia por haber salido embarazada en su adolescencia. Asimismo manifestó que durante los primeros siete meses intentó estar siempre al lado de Mario.

En esa circunstancia, se le preguntó sobre la forma en que se comunicaba con su hijo, Jessica explicó que Mario era muy tranquilo cuando comía, así que ello le permitía hablarle mientras lactaba. Además, trataba de iniciar conversaciones entre ella, su madre y Mario. Nos refirió a que sabía que él no les entendería, pero que gustaba hacer esa simulación.

Asimismo, detalló que le brindó lactancia materna hasta los 9 meses y que posterior a esa fecha tuvo que sustituirla por leche en vaso, esto debido a que debía dedicar tiempo para terminar secundaria en el colegio local. Refirió, además, que Mario no tomó biberón porque se negaba a hacerlo. Igualmente comentó que durante su período escolar, estaba en las mañanas con Mario y en las tardes tenía que asistir al

colegio; sin embargo, el director del colegio le concedía permiso para salir temprano de clases dado que conocía de su situación. Ella hizo alusión a que esta experiencia pudo haber sido "chocante" para Mario.

Posteriormente Jessica narró que, en relación a la transición hacia la comida sólida, Mario era un niño algo difícil para dar de comer; sugiere que la presencia de desnutrición crónica en un momento de la vida de Mario pudo haber tenido relación con esta dificultad en la medida que no sabía cómo motivarlo para que coma. Detalló, además, que su madre era lo suficientemente paciente como para darle de comer; mas ambas utilizaban diversas estrategias para lograr que este coma. Mencionó cantarle en las comidas, conversar con Mario, en otros momentos le decía "Mario, mira si comes toda tu comida te vamos a comprar algo".

De acuerdo a los datos de su historia clínica, Mario asistió a 6 controles en su primer año de vida, el servicio de salud, no identifica a tiempo la DC, debido a que no realizan bien el diagnóstico nutricional.

Mario asistió al Wawa Wasi, regularmente desde Agosto del 2009 (tenía 8 meses) a febrero del 2011; Jessica especificó que no podía tener pleno cuidado de Mario por lo que prefirió inscribirlo en el PNWW; pasada esa fecha se quedó en casa dado que su abuela ofreció cuidarlo. Allí recibió sus controles CRED del mismo establecimiento de salud.

Durante su segundo año de vida, Mario es controlado por el establecimiento de salud durante su permanencia en Wawa Wasi y en las fechas que acude al establecimiento de salud, sin embargo los datos de su historia con los datos de Wawa Wasi no coinciden. A los15 meses recién el centro de salud lo identifica con DC, a pesar que antes lo había identificado en Wawa Wasi.

Hasta más de los dos años, Jessica continúa utilizando esta estrategia para dar de comer "le decimos que le vamos a llevar a pasear si come toda su comida… ya, ya, ya, y

te recibe"; explica que incentivan a que él coma sus alimentos, "si tú comes sólo, te damos fruta". Añadió que suelen sentarlo con su hermano menor como recurso para dar de comer; así le pueden animar para una competencia de quién come más rápido.

Asimismo recalcó que a pesar de trabajar actualmente, seguía dándose tiempo para comer con él. Así ejemplifica momentos en que llega de laborar en la madrugada y su familia la espera para tomar juntos el desayuno.

Jessica detalló que percibe sentimientos de alegría y satisfacción en Mario cuando le demuestran cariño en casa, en especial durante la comida. Explicó que su percepción se basaba en que Mario se ríe constantemente y cuenta las cosas que le han ocurrido en el día o aquello que hizo; hace énfasis en que ella misma le pregunta "¿Mario qué pasó?", a lo que él le responde "mami, yo hice ayer esto", "mami esto me pasó". Refiere que ambos tratan de comunicarse constantemente.

Según Jessica; Mario es un niño tranquilo, pero en momentos es difícil demostrarle cariño, en particular cuando no quiere comer. Explicó que estas ocasiones se producían porque él comía toda la mañana y cuando era hora de almuerzo perdía el apetito. Así detalla que Mario tomaba desayuno tarde, a las 9 a.m. un vaso de yogurt con pan con huevo y a las 11 comía frutas y yogurt; por esa razón llegaba sin apetito para el almuerzo. Narró que en ese momento sentía preocupación, porque era consciente del problema de desnutrición que tenía Mario.

Otra de las situaciones difíciles descritas por la madre es que Mario tiene la costumbre de comer, pararse e irse con el plato en la mano. Frente a esta situación, Jessica mencionó negarle a Mario hacer esto dado que es un momento en el que todos comen juntos, por lo que le convencen de que no debe pararse y en algunos momentos le condicionan su hora de juego con el alimento "Pero tienes que comer toda tu comida para jugar… ya, ya, ya nos dice".

Cuadro de control de evaluación nutricional (Wawa Net)

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
689429	2010-11	25/11/2010	10.00	81.50	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA		
685836	2010-10	20/10/2010	10.00	81.50	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA		
678837	2010-9	22/09/2010	9.50	79.40	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	NORMAL
670106	2010-8	20/08/2010	9.40	79.30	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
662259	2010-7	16/07/2010	9.50	77.90	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	
659401	2010-6	18/06/2010	9.00	77.80	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA		
652940	2010-5	07/05/2010	8.60	76.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
645064	2010-4	16/04/2010	8.88	76.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA		
638653	2010-3	19/03/2010	8.70	75.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	RIESGO DESNUTRICION AGUDA		
632342	2010-2	12/02/2010	8.30	73.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	RIESGO	
622943	2010-1	15/01/2010	8.50	72.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
614931	2009-12	21/12/2009	8.50	72.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	NORMAL
608442	2009-11	13/11/2009	8.20	71.10	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
590762	2009-8	21/08/2009	7.80	70.20	C.S. MI PERU	NORMAL	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	NORMAL	NORMAL
585043	2009-7	15/07/2009	7.50	70.00	C.S. MI PERU	NORMAL	RIESGO DESNUTRICION AGUDA	NORMAL	

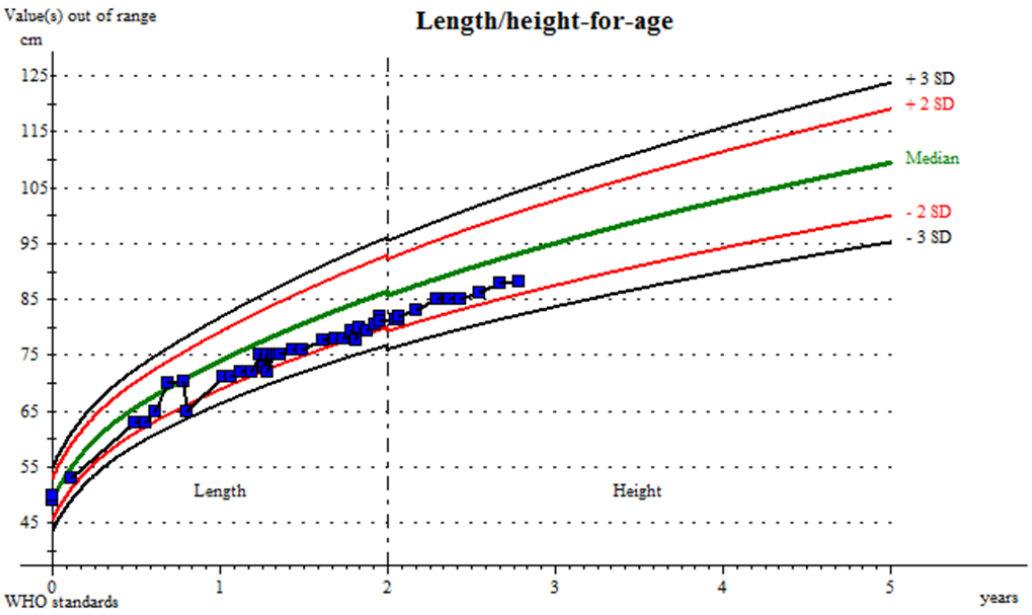
De acuerdo a la información de wawanet, Mario ingresa al wawa wasi con un diagnóstico de riego de desnutrición aguda. Posteriormente al año y un mes se le diagnóstica DC, sin embargo, los datos refieren que se mantienen en riesgo nutricional hasta los dos años. Estos datos varían con lo que se encontró con la historia clínica como veremos a continuación.

Información de la HC de Mario

Con los datos de la HC de Mario se hallaron los diagnósticos de acuerdo al nuevo patrón de referencia de la OMS. En los diagnósticos se observa que al 5to mes de nacido, ya tenía un problema de talla baja. Sin embargo, el problema de talla baja es superado al año y 11 meses, antes de su segundo cumpleaños.

El personal de salud utilizaba el patrón referencia de la NCHS, no identifica a tiempo, pero cuando lo hace le otorga una canasta de alimentos de manera mensual.

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
07/11/2008	0	3,100	49	NORMAL	NORMAL	NORMAL
07/11/2008	0	2,840	50	NORMAL	NORMAL	NORMAL
11/11/2008	0	2,900	s.d.			NORMAL
17/12/2008	0.01	3,650	53	NORMAL	NORMAL	DESN GLOBAL
04/05/2009	0.05	5,850	63	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
28/05/2009	0.06	5,900	63	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
19/06/2009	0.07	6,540	64.8	NORMAL	TALLA BAJA	DESN GLOBAL
28/08/2009	0.09	7,800	65	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
02/02/2010	1.02	7,750	75	DESN AGUDA	NORMAL	DESN GLOBAL
18/02/2010	1.03	8,000	75	DESN AGUDA	NORMAL	DESN GLOBAL
06/03/2010	1.03	8,500	75	NORMAL	NORMAL	NORMAL
10/03/2010	1.04	9,000	75	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
04/08/2010	1.08	9,590	78	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
06/09/2010	1.09	9,500	80	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
11/10/2010	1.11	10,100	80.5	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
21/10/2010	1.11	10,000	82	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/10/2010	1.11	9,900	81.5	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
01/12/2010	2.00	10,000	82	NORMAL	NORMAL	NORMAL
07/01/2011	2.01	12,000	83	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/02/2011	2.03	10,450	85	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/03/2011	2.04	11,000	85	NORMAL	NORMAL	NORMAL
14/04/2011	2.05	11,000	85	NORMAL	NORMAL	NORMAL
25/05/2011	2.06	11,00	86,1	NORMAL	NORMAL	NORMAL
10/07/2011	2.08	11,400	88	NORMAL	NORMAL	NORMAL



En el cuadro podemos observar que la curva de crecimiento de Mario muestra inconsistencias, debido a la imprecisión del peso y talla tomado en cada control. A los 5

meses de nacido su diagnóstico fue de talla baja. Este diagnóstico persiste hasta los 23 meses, al cumplir los dos años Mario logra superar la desnutrición crónica pero se mantiene en riesgo de desnutrición aguda por varios meses.

La madre cuidadora comentó que Mario no suele comer mucho, nos hace una muestra con el plato con restos del alimento de Mario. Explicó que su abuela le trae todos los días un biberón con leche, porque llega sin tomar desayuno.

Sin embargo, la madre cuidadora precisa que no puede darle el biberón dado que luego pierde el apetito para el alimento que brinda el Wawa Wasi, por eso primero le da de comer y luego le ofrece el biberón.

Posteriormente se realizó una visita a la casa de Mario; no se encontraba Jessica, dado que estaba estudiando, así que nos atendió su abuela, quien anteriormente había sido presidenta del comité de Gestión del Wawa Wasi, ella nos explicó que por descuidar su casa su hija mayor resultó embarazada, debido a ello renunció a todas sus actividades y ahora sólo se dedica a cuidar de la casa y de su familia.

Narró estar alerta del cuidado de Mario; así que no se fía de la atención y diagnóstico del puesto de salud "los del puesto de salud, te asustan, dicen que está muy chiquito de tamaño, pero yo sé que más adelante crecerá". Su abuela precisó en que ella era quien le daba de comer porque con su madre era engreído y se negaba a comer; añadió luego que Mario es un niño muy hábil y que siempre lo lleva al Centro de Salud para sus controles.

Observación de Mario en el Wawa Wasi

En una última visita al Wawa Wasi, se observa a Mario en "la hora de la fruta". Él tiene una mandarina entre sus manos, la cual pela con cuidado sin retirar la vista de la fruta. A pesar de que la madre cuidadora le trata de conversar, él sigue pelando con cuidado la fruta. Así Mario, logra comer tranquilo su mandarina, a su lado están otros

niños que se paran de sus sillas, juegan, se mueven mucho. Mario por el contrario está tranquilo hasta terminar de comer.

Luego de ello, la madre cuidadora se aproximó y narró que Mario ahora está comiendo mejor, ya no le traen leche y come sin necesidad de ayuda la comida del Wawa Wasi. Nos pide permiso y sigue acompañando "la hora de la fruta"; al terminar les pide que no arrojen las cáscaras al piso. Posteriormente recoge las cáscaras que están sobre la mesa con una bolsa, en ese momento Mario se aproxima y coloca las cáscaras en la bolsa.

Luego, cada uno de los niños se levanta para lavarse las manos, Mario espera al final para lavarse las manos, aquellos que terminaron juegan en la zona de juegos. Cuando Mario termina de lavarse las manos va en busca de un rompecabezas y se entretiene armándolo.

Notamos durante la observación que Mario tenía la mirada fija en los objetos que tenía a su alcance o que prestaba atención, mas no levantó la mirada en ningún momento.

Por su lado, Jessica narró que durante el tiempo que Mario asistía al Wawa Wasi fue diferente a lo que su hijo estaba acostumbrado en casa, asumió que esta diferencia pudo ser origen de tristeza para Mario, en particular porque no le dedicaban tiempo exclusivo. Es por esa razón que decide retirarlo y cuidar de él en casa con ayuda de su madre.

Asimismo, narró que en el Wawa Wasi le facilitaron que Mario pudiera comer sólo desde el año, explica que allí se quedaba de 8 a 4 p.m. y en la noche cenaba en casa. Puntualizó que la madre cuidadora encargada de él le decía que ya comía sólo y que era un niño "independiente", así mismo recordó que a Mario nunca le gustó usar pañal "sácame el pañal, esto no me gusta", precisó que esto demostraba su independencia.

Cuando se le volvió a preguntar acerca de cómo se sentía por esa demostración de autonomía de Mario, explicó que al inicio fue difícil aceptar la idea porque una madre siempre quiere estar con su hijo y cuidarlo como un bebé, incluso a pesar de que no tuviese mucho tiempo por el trabajo. Sin embargo, luego de conversar con su madre, ambas estuvieron de acuerdo en aceptar que Mario era "independiente" en muchos sentidos.

Considerando todo este apoyo, se le preguntó por qué creía que Mario llegó a un cuadro de desnutrición; Jessica explica que es porque Mario tuvo lactancia materna corta. El mismo argumento es usado para explicar el por qué Mario no pudo engordar más. Precisó además que hasta los 7 meses Mario estuvo bien en sus controles CRED; luego de este momento comenzó a bajar de peso.

Sin embargo, hasta el momento de la entrevista le quedaron dudas del porqué llegó a ese estado de desnutrición dado que según explicó en el Wawa Wasi le decían que comía todo y que poco a poco subiría de peso hasta que en los últimos meses, Mario ya no quiso asistir, desde ese momento lo mantienen en casa.

Caso 4.

Datos Generales del Niño

Identificación: Dionisio
Sexo: Masculino
Edad al inicio del estudio: 18 meses
Edad al término del estudio: 26 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 34 años
Edad del Padre: 38 años.
Número de personas que viven en el hogar: 5

Cuenta con servicios básicos: Sí

Tipo del trabajo de la madre: No trabaja fuera, se encarga de las tareas del hogar.

Tipo de trabajo del padre: Albañil.

Vivienda: propia.

Descripción del caso

Dionisio es identificado para el estudio a través de un registro del Programa Nacional Wawa Wasi. Él es el tercer hijo de Cecilia.

Cecilia nos relató que se enteró que estaba embarazada tras notar que, exactamente hacia un mes, no menstruaba. Posterior a ello, se realizó una prueba de embarazo resultando positivo. Al inicio Cecilia no estuvo alegre por la noticia, según explica este no estaba planificado; sin embargo a los días de sentir su movimiento y el latido, aceptó la idea de que sería madre.

Asimismo, consideró su embarazo como "tranquilo, normal", sin ningún problema físico o emocional, explicó que sintió bastante emoción y expectativa en el momento de sacarse una ecografía y le dijeron que iba a nacer varón, refiere haberse alegrado dado que sería su primer hijo varón.

Nos mencionó que durante su embarazo Dionisio no le causó ningún malestar; así comparó este embarazo con el de sus dos hijas "en mis dos hijas fue difícil, a veces me arrepentía". En el transcurso mencionó que tuvo estimulación de un programa de la ONG Visión Mundial; refiere que le llevaron a capacitarle para estimular al bebé, conversarle. Ella aseguraba que el bebé le escuchaba. Le proporcionaron, además, instrumentos para llevar a casa y practicar con el bebé.

Del mismo modo, su pareja e hijas se comunicaban con Dionisio, detalló que su hija de cuatro años se acercaba a acariciar su barriga y le decía "hermanito, quiero que nazcas hombrecito".

Nos narró que su esposo bromeaba alrededor de su embarazo dado que su vientre estaba lo suficientemente hinchado, constantemente le daba plazos para el nacimiento, él comentaba "si hoy día no nace ¿ya qué será? Mula". Asimismo Cecilia explicó que el comportamiento de su esposo se debía a que en el último mes, diariamente se levantaba con un dolor que luego desaparecía y su esposo tenía que viajar, así que esperaba que naciera lo más pronto posible.

Un día después que su esposo viajara Cecilia sintió un dolor similar a las 6 de la mañana, por lo que atinó a llamar a su madre, quien le brindó un té caliente y un "caldo verde" -receta que se prepara en la sierra del Perú con diferentes yerbas. Luego de ello, a las 10 de la mañana se fue caminando a la posta y así a la 1 de la madrugada del 03 de noviembre del 2008, en el Hospital de Ventanilla, nace Dionisio. Nace pesando 3,8kg y midiendo 54cm.

Detalló además que su parto fue natural; consiguió dar a luz a la 1 de la mañana, y que lo separaron de ella dos horas tras hacerle ver a su hijo "me dijeron que era varoncito y que lo estaban llevando abajo para que lo examinen*".* Cuando se lo trajeron, le indicaron que le debía dar de lactar de inmediato, narró que Dionisio no tuvo ningún problema para mamar.

En el momento de la entrevista, Cecilia describió a su hijo como "inteligente". Narró que le agrada agarrar las herramientas del trabajo de su papá y trata de imitar todo aquello que él hace "él está chancando, golpeando, todo lo que su papá lo hace él también…agarra la guincha y está midiendo". Mencionó que se preocupa de que se ensucie en la arena, añadió que juega llenando tacitas de juguete en la arena. Asimismo, especificó que en el Wawa Wasi tienen un área exclusiva para que los niños jueguen y que no permite que se ensucie rápido en casa porque todo es arena. Argumentó que Dionisio le gusta explorar y jugar, debido a que ella le dio estimulación desde su embarazo.

Según Cecilia, todos sus hijos han crecido en el Wawa Wasi debido a que ella antes trabajaba y que en los último meses del 2011 tiene suficiente tiempo como para dedicarse a la casa. Añadió que ahora que sus hijos están en el colegio, necesitan de una persona que les atienda, peine, prepare el desayuno y ayude en sus tareas en las tardes.

Así, Dionisio asistió al Wawa Wasi regularmente de noviembre del 2009 a febrero del 2011; Allí recibió el control de salud del mismo establecimiento de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Monitoreo de salud

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
689429	2010-11	25/11/2010	10.90	82.20	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
685836	2010-10	20/10/2010	11.50	82.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
678837	2010-9	22/09/2010	11.50	81.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
670106	2010-8	20/08/2010	11.40	80.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
662259	2010-7	16/07/2010	10.80	76.50	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	
659401	2010-6	18/06/2010	10.00	75.30	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
652940	2010-5	07/05/2010	10.50	75.20	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
645064	2010-4	16/04/2010	10.30	75.30	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	NORMAL
638653	2010-3	19/03/2010	10.20	74.80	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	
632342	2010-2	12/02/2010	9.90	73.20	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
622943	2010-1	15/01/2010	10.00	74.50	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		
614931	2009-12	21/12/2009	10.00	74.30	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
608442	2009-11	13/11/2009	10.20	69.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	SOBREPESO	RIESGO	NORMAL

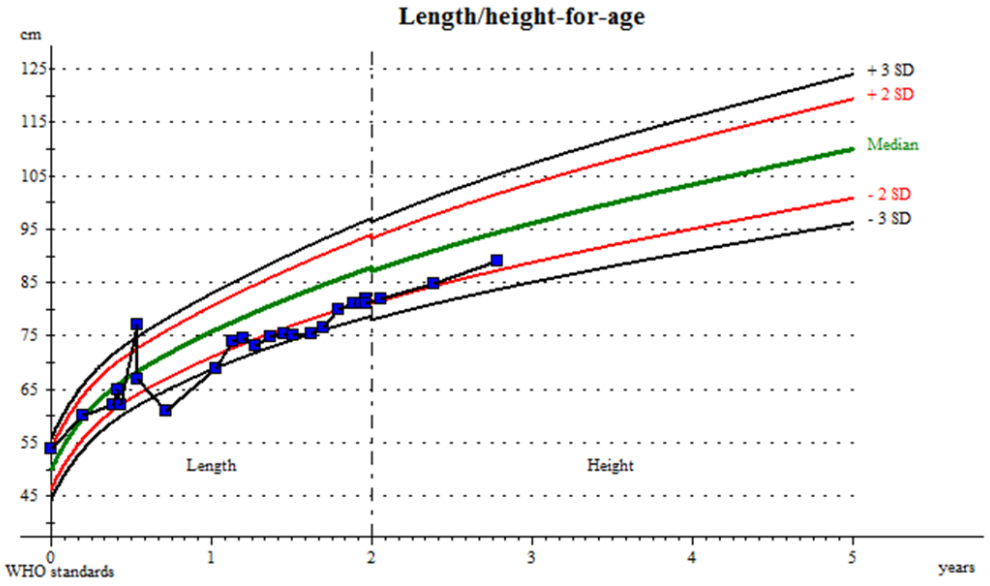
Cuadro de control de crecimiento (Wawa Net)

De acuerdo a la información de wawanet, Dionisio presenta DC en su primera evaluación, este diagnóstico es la misma a los 18 meses cuando es detectado en el estudio, los datos muestran una ligera mejora porque pasa de DC a riesgo nutricional hasta cumplir los dos años de edad.

Datos de la HC de Dionisio

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
03/11/2008	0	3,800	54	NORMAL	ALTO	NORMAL
14/01/2009	0.02	7,000	60	NORMAL	NORMAL	NORMAL
25/03/2009	0.04	8,100	62	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
03/04/2009	0.04	8,530	64.8	NORMAL	NORMAL	NORMAL
12/04/2009	0.05	9,000	62	OBESIDAD	TALLA BAJA	NORMAL
20/05/2009	0.06	9,000	77	NORMAL	ALTO	NORMAL
20/05/2009	0.06	9,200	67	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
24/07/2009	0.08	10,000	61	OBESIDAD	TALLA BAJA	NORMAL
11/10/2010	1.11	11,600	81	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
21/10/2010	1.11	11,600	81	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
25/03/2011	2.04	12,800	84,9	NORMAL	NORMAL	NORMAL
17/08/2011	2.09	13,000	89,0	NORMAL	NORMAL	NORMAL

De acuerdo a los datos de la HC, se observa inconsistencias en la talla y los diagnósticos de acuerdo al nuevo patrón de referencia, se identifica baja talla al cuarto mes de nacido. Sin embargo, para el ES que utilizaba el patrón de referencia de la NCHS, obtiene un diagnóstico normal e identifica tardíamente la DC.



Los diagnósticos nos muestran que desde diciembre del 2009 se le identifica riesgo de desnutrición crónica; sin embargo este diagnóstico va fluctuando de riesgo de desnutrición a desnutrición crónica, así en la última evaluación se le considera como desarrollo normal. Dicha información es proporcionada a la madre, quien además recibe

los diagnósticos a través de la madre cuidadora del Wawa Wasi que le permite conocer el avance de su hijo.

En relación a la experiencia de Dionisio en el Wawa Wasi; Cecilia especificó que su hijo lloraba demasiado al inicio y que sintió tristeza de dejarlo, pero en el Wawa Wasi le recomendaron dejarle para que se acostumbrase. Cecilia detalló además que constantemente llevaba leche adicional; así cuando Dionisio llegaba a las cuatro del Wawa Wasi, sus senos tenían suficiente leche para darle de lactar toda la noche y la mañana siguiente.

Asimismo, hizo hincapié que a pesar de estar cansada por cuidar de sus hijas, en todo momento le brinda cariño, le abraza y le conversa, detalló que él es muy cariñoso y que está acostumbrado a buscar afecto en ella "A veces estoy cocinando o estoy apurada, y él está por mis piernas. Le digo "ya hijito", le doy su abrazo y se va. Les digo a mis otras hijas que cuiden al bebé".

Precisó, además que cuando asistía a uno de los controles CRED de Dionisio, en un momento le diagnosticaron que tenía baja talla; sin embargo ella argumentó a la enfermera que estaba comiendo todos sus alimentos como debería ser y que asistía a las reuniones del Wawa Wasi, así como que Dionisio era constante en el Wawa Wasi con un horarios de lunes a viernes.

Luego de esa visita, en el Centro de Salud le aconsejaron que debiera consumir más hierro; por esa razón Cecilia tomó el hábito de enviar queso e hígado al Wawa Wasi para que le diesen de comer.

Se le preguntó por qué creía que Dionisio llegó a ser diagnosticado con desnutrición, Cecilia explica que en su último control, él se enfermó de tos y que esta le duró quince días con tratamiento, aclaró que pueda existir relación entre esta enfermedad y su estado nutricional.

Caso 5:

Datos Generales del Niño

Identificación: Luis Francisco
Sexo: Masculino
Edad al inicio del estudio: 18 meses
Edad al término del estudio: 23 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 34 años
Edad del Padre: 38 años.
Número de personas que viven en el hogar: 5
Cuenta con servicios básicos: Sí
Tipo del trabajo de la madre: Cocina en el comedor popular.
Tipo de trabajo del padre: Vigilante, cuenta con seguro social.
Vivienda: propia.

Descripción del caso

Luis Francisco es identificado como un niño con DC a través del sistema wawanet del PNWW.

Luis Francisco, tiene dos hermanas mayores. Su madre no lo esperaba porque se estaba cuidando con ampollas. Sin embargo, cuando su madre se enteró que estaba embarazada se alegró mucho y más aún cuando se enteró que era varoncito.

Nos cuenta que fue a sus controles a partir del sexto mes de gestación, cuando empezó a sentirse mal, sentía que la barriga le molestaba.

Cuando estaba embarazada yo no hablaba con mi bebé, pero mi hija mayor si, su otra hermana no.

Luis Francisco nació el 12 de setiembre del 2010, en el Hospital de Ventanilla, en el mismo lugar donde hizo sus CPN, no tomó suplemento de hierro. Nos cuenta que cuando nació lo trajeron a su pecho.

Luis Francisco nació con buen peso y buena talla, sin embargo, por un problema con una de sus primeras vacunas, la madre decidió no vacunarlo más.

La lactancia fue bien, cuando empezó a comer comía de todo pero poco. Me gusta que él me de besos, él reconoce lo que es de él. Aunque tartamudea para hablar, reclama o pide lo que quiere.

La madre le dio de lactar los seis primeros meses de manera exclusiva, actualmente (al año y 8 meses) lacta poco y toma leche en polvo.

Sólo se acostumbra con mi hija mayor. Cuando está llorando se calma rápido cuando lo cargo, lo acaricio y le hablo. A veces cuando no quería comer yo le exigía a la mala pero ahora ya no lo hago, porque es peor.

La mamá también cuenta que cuando tenía problemas con su esposo, no era fácil que coma. Nos dice que su hija que tiene 4 años, come, su esposo no era muy apegado a Luis Francisco, pero conforme fue creciendo salen juntos, juegan y le da de comer. También nos dice que un niño pequeño asimila los problemas, por ello, piensa que los problemas pueden ser la causa del retraso en el desarrollo de Luis Francisco, aún no habla bien.

La madre refiera que hace un mes atrás se enfermó de cólicos, lo atendieron en el seguro (ESSALUD), “casi lo matan porque le inyectaron hiocina.”

También lo llevó al seguro cuando estaba mal de los bronquios, “el doctor me dijo que su papá es chato por eso no me preocupe por su talla.”

Decidí llevarlo al Wawa Wasi porque no tenía quien cuide a mi hijo, demoró casi dos semanas en adaptarse. La mamá trabaja preparando comida en el comedor popular.

Monitoreo de salud

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
714130	2011-2	08/02/2011	11.50	84.50	C.S. MI PERU	NORMAL	NORMAL	NORMAL	
707834	2011-1	14/01/2011	11.30	78.50	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	
700322	2010-12	17/12/2010	10.80	77.80	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	
689440	2010-11	25/11/2010	10.00	76.00	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	RIESGO	NORMAL
685830	2010-10	15/10/2010	9.20	69.90	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	TALLA BAJA	
678830	2010-9	21/09/2010	8.45	68.10	C.S. MI PERU	DESNUTRICION CRONICA	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL

En el Wawa Wasi detectaron la DC cuando ingresa programa, sin embargo, cinco meses después es evaluado por el CS mi Perú y tiene un diagnóstico normal, no se puede afirmar que el diagnóstico sea real, dado que de un mes a otro, no es posible que un niño a esa edad suba 5 cm.

Luis Francisco no cuenta con HC en el CS mi Perú, él es atendido en el Seguro Social. La madre no contaba con la tarjeta de CRED de su hijo.

La madre refiere que su hijo sufre de problemas de intoxicación con vacunas y medicamentos.

También nos cuenta que su hijo estuvo con parasitosis, por eso no tenía apetito, no quería comer, come poco.

Ha tenido dos caídas fuertes, no le gusta dormir tapado.

Para observar la hora de alimentación, la mamá me pide en una visita anterior que vaya al comedor popular, ella cocina allí y es allí donde almuerza su familia.

Al llegar la mamá de Luis Francisco está en la cocina, me hace pasar al comedor y me pide que espere un rato, como Luis Francisco no ha ido al Wawa Wasi, está aburrido, no quiere jugar con las hermanas.

En el momento de la visita se encuentra un señor sentado en la mesa, esperando que lo atiendan.

Empiezan a llegar los comensales y las cocineras empiezan a repartir el menú. Luis Francisco va a la cocina y su mamá lo saca, lo sienta en el comedor y le pide que se quede allí, le trae un plato de comida y me ofrece algo de comer.

Luis Francisco se sienta mira la comida, coge la comida con las manos, come el pescado. La mamá lo había desmenuzado para que coma mejor. "No come mucho, pero pide su comida."

Le pide a una amiga que lo acompañe a comer, mientras ella termina de dar repartir los almuerzos.

La amiga trata de ayudarlo, pero Luis Francisco no quiere no abre la boca y sigue jugando con la comida.

La amiga me conversa y en un momento de descuido le mete comida en la boca de Luis Francisco, quien recibe y mastica. Así recibe como cuatro cucharadas. De pronto ya no quiere y le voltea la cara, vuelve a cerrar la boca, la amiga insiste, él reniega, al rato sale la mamá.

Me dice siempre es así no come, hay que insistir para que termine su plato. Le habla le mira y le dice que coma, lo sienta bien y dice tienes que comer. Nuevamente insiste y en otro descuido le mete un bocado de comida en la boca.

Luis Francisco se baja de la mesa, y la mamá lo vuelve a sentar, el ambiente se vuelve tenso, la mamá se pone más firme, "debes comer, come, abre la boca, abre". Luis Francisco está temeroso y come unas cucharadas más. Llega del colegio la hermana mayor de Luis Francisco, se sienta a la mesa a comer, sonríe, y le sonríe a su hermano, él se alegra. Ya llegó ….. dice la mamá, la niña tiene doce años, come su comida en silencio, de vez en cuando le mira a su hermano y le busca con la mirada, le hace una mueca, Luis Francisco se ríe y come un poco más, la mamá dice, creo que ya no quiere más, lo baja de la silla y se sienta ella a comer.

La mamá dice que en Wawa Wasi le han dicho que no le insista que eso no le hace bien, más rato cuando me vuelva a pedir le daré de comer.

Yo me siento en un sofá y me cae la pelota con la que está jugando Luis Francisco, yo le devuelvo la pelota, le hago algo gracioso y él sonríe, jugamos a pasar la pelota entre las piernas, él se alegra y sigue jugando. Cuando su hermana termina de comer, se sienta en el sofá, me mira, yo le converso un poco y luego se une al juego.

Mientras juego con los niños, le pregunté a la mamá si Luis Francisco come en Wawa Wasi, ella me dijo que al principio cuando empezó a ir comía poco, pero ahora si come, le dice la madre cuidadora.

Caso 6:

Datos Generales del Niño

Identificación: Rafael
Sexo: Masculino
Edad al inicio del estudio: 18 meses
Edad al término del estudio: 24 meses

Datos familiares

Edad de la madre: 18años

Padre: Ausente, no vive con ella.

Número de personas que viven en el hogar: 7

Cuenta con servicios básicos: No, le falta energía eléctrica pero si cuenta con agua y desagüe.

Tipo del trabajo de la madre: Anfritiona

Vivienda: propia.

Descripción del caso

Rafael fue identificado por el programa "Adiós Anemia", lo que quiere decir, que Rafael asiste a sus controles del Centro de Salud donde le daban el suplemento. Sin embargo, debido a que el CS dejó de darle el suplemento ella decide comprarle un multivitamínico.

Su mamá nos cuenta que se enteró que estaba embarazada a los días que no le vino su regla, se hizo el test y salió positivo. "Yo estaba normal, abortar es un pecado". También nos cuenta que todos los días comía bien (pollo a la brasa, le gustaba la carne, el yogurt, jugo especial y comía de todo).

La madre de Rafael tiene 18 años, no concluyó la secundaria, trabaja en las noches como anfitriona, ella vive con la abuela que tiene 35 años, que se dedica sólo a la casa, su madre tampoco terminó la secundaria, su madre tiene actualmente un nuevo compromiso, su pareja tiene 46 años, con quinto de secundaria, es albañil y realiza muchos oficios para mantener a la familia, generalmente trabaja durante el día sale temprano, viene a la casa sólo a la hora de almuerzo y se vuelve a ir a trabajar. En su casa viven sus hermanas menores una tiene 8 años y otra 5 años. Tiene también una hermana adolescente de 16 años, que tiene dos hijos uno de 3 años y otro de 5 meses.

La madre nos relata que su embarazo fue normal, sentía que se movía su bebé. Botaba bilis cuando le hacían renegar, engordó bastante y a los cinco meses sangró.

En el primer mes de embarazo estuvo muy llorona, nadie le explicó nada a su pareja, entonces a los dos meses se separaron.

La mamá también cuenta que durante el embarazo le cantaba al bebé, le hacía preguntas, el papá también le hablaba y le decía cualquier cosa.

Cuenta que su parto fue en el Hospital de Ventanilla, fue un parto natural, pero la rasgaron.

Rafael nació el 12 de abril del 2009, pesó 3730 gramos y midió 51 cm. Cuando nació mi bebé era muy llorón, lo trajeron al primer minuto, después de una hora y media no quería mamar, le habían dado fórmula. No tuvo una atención especial por ser adolescente. No dejaron entrar a nadie en el momento del parto, ni por ser adolescente. También comenta que no le dieron las huellitas de su bebé.

Durante los seis primeros meses, Rafael tomó exclusivamente leche materna, actualmente sigue tomando leche materna, pero también toma otras leches, como la leche de tarro.

La mamá cuenta que su bebé es bien hiperactivo, es alegre, baila, se ensucia mucho y no quiere caminar. Su papá lo engríe mucho. Cuando era más pequeño, no le dejaba gatear, siempre ha sido muy dependiente de la mamá, no camina sólo.

Cuando la mamá deja a Rafael con la abuela y su madrina se porta bien, con otras personas no se acostumbra. Es uraño con la familia llora. Desde bebé lloraba.

La mamá relata que acostumbra engreír a su hijo, le compra lo que quiere, juega con él, juega a morderlo, baila con él, lo lleva a pasear. A partir del primer año, empezó a trabajar.

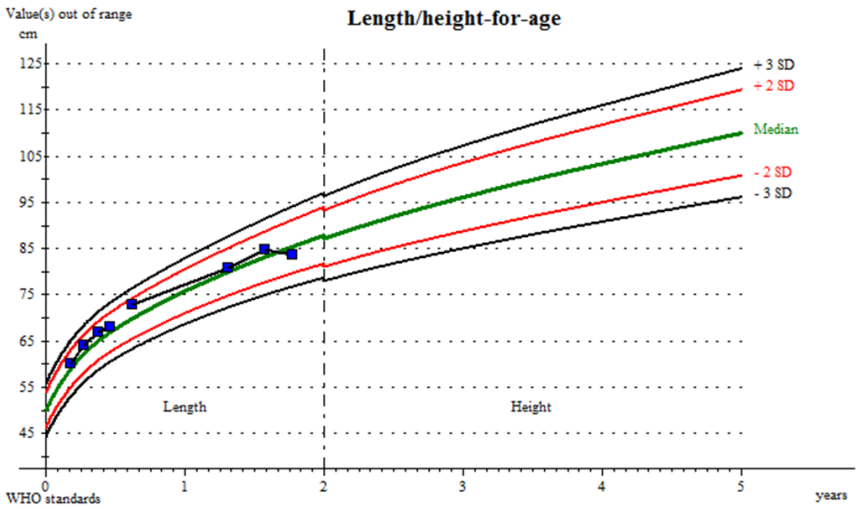
La mamá cuenta que debido a que tenía que trabajar llevó a Rafael a un Wawa Wasi, pero fue por poco tiempo, porque Rafael no se acostumbraba y fue una mala experiencia.

Nos cuenta también que Rafael se engríe más cuando está enfermo, por ello tiene que dejar de trabajar, sin embargo, Rafael le hace caso a su abuela más que a su mamá. Actualmente Rafael usa pañal, su mamá nos dice que le empezará a quitar el pañal en verano.

Rafael cuenta con su tarjeta de CRED y tiene las vacunas completas para su edad, de acuerdo a su historia clínica éstos son los resultados:

Fecha de Evaluación	Edad	Peso (gramos)	Talla (cm)	Diagnóstico NCHS				Servicio que evalúa
				T/E	DS	P/T	DS	
12/04/2009	**RN**	3730	51	Normal	normal	Normal	Normal	
17/06/2009	2 meses	5900	60,00	Normal	normal	Normal	Normal	Consulta
22/07/2009	3 meses	6770	64,00	Normal	normal	Normal	Normal	3er control CRED
27/08/2009	4 meses	7,410	67,00	Normal	normal	Normal	Normal	4to. Control CRED
28/09/2009	5 meses	7,960	68,00	Normal	normal	Normal	Normal	5o. Control CRED
28/10/2009	6 meses	8,000	x	Normal	normal	Normal	Normal	
27/11/2009	7 meses	8,900	73	Normal	normal	Normal	Normal	Solicita análisis de Hg y parasitosis
03/08/2010	15 meses	10,553	80	Normal	normal	Normal	Normal	Control Extramural
08/11/2010	19 meses	10,850	84	Normal	normal	Normal	Normal	4to Control CRED
20/01/2011	21 meses	11,000	83	Normal	normal	Normal	Normal	5to. Control CRED

Rafael asistió a 6 controles durante su primer año de vida, cuando cumplió un año la mamá no lo llevó al centro de salud. La mamá veía que Rafael estaba bien y no necesitaba llevarlo al centro de salud, además ella no tenía tiempo para llevarlo, por lo que en la mayoría de las veces lo llevaba la abuela.



Su curva de crecimiento hasta antes de los 2 años fue ascendente con una disminución en el último control o dato recogido de la historia clínica.

La familia de Rafael tiene origen afroperuano, durante la visita además de la madre de Rafael, se observa a su hermana adolescente, madre de dos niños y al bebé de la abuela, hijo de un reciente compromiso de la abuela.

La visita se desarrolla alrededor del medio día, la abuela de Rafael se encuentra cocinando en una habitación contigua, la mamá de Rafael me recibe en la sala. Allí también se encuentra su hermana una adolescente que tiene un bebé, también se observa un cochecito, en el cual descansa otro bebé, es el hijo de la abuela.

En la misma habitación hay una mesa, no hay sillas son dos bancas alrededor de la mesa. La abuela de Rafael me invita algo de tomar. La conversación se realiza en un ambiente acogedor.

De pronto Rafael intenta subir a la banca, es una forma de decir que ya está listo para comer, su mamá le dice que espere un rato, la comida todavía no está lista. Pero Rafael insiste es entonces que por intentar subir nuevamente se resbala y llora. Su mamá

va a su encuentro, lo observa y lo carga, lo trae cerca a ella e inmediatamente le da de lactar.

Mientras tanto, el bebe del cochecito empieza a llorar, la abuela le habla desde la cocina para que se calma, la hermana adolescente, saca al bebe del cochecito y lo carga suavemente le habla y está a punto de darle de lactar. La mamá de Rafael le dice, deja yo le doy tú quédate con Rafael, le dice su hijo "anda con la tía" y Rafael calmado se va con su tía.

La entrevista continúa, mientras la mamá de Rafael da de lactar tranquilamente a su hermano menor. Minutos después la abuela sale de la cocina y dice que el almuerzo está listo. Me invita a almorzar con ellos.

Rápidamente ponen la mesa para que se sienten los niños, y explica que en su casa lo único que no falta es la comida. Relata que cuando era niña vivió el hambre, "no sabe lo que es eso, es horrible, por eso no puedo permitir que mis hijas y mis nietos pasen hambre."

La abuela había preparado tallarines rojos, y sirve de manera regular los platos.

Le pregunto a la abuela si tiene leche para dar de lactar y ella dice que sí, pero cuando estamos ocupados, mis hijas me apoyan con el bebé, en esta casa sobra la leche materna y entre todos nos apoyamos.

Debido a que Rafael iba a comer y me había invitado a comer, se suspende por un momento la entrevista.

Rafael se sienta a comer, necesita un poco de ayuda pero intenta hacerlo solo, todo el tiempo le hablan, le dicen que coja bien el tenedor, que está rica la comida. La madre se sienta a su lado para darle de comer, lo ayuda poco. Cuando se ensucia con la comida, le dicen que tenga más cuidado, y pide que traigan un trapo para limpiarlo.

Rafael come bien pero sin embargo, le dicen que coman, sale de pronto una amenaza por parte de la tía, sino comes entonces te van a llevar. Rafael sigue comiendo pide agua y le dan un poquito.

Durante la visita no se observa la presencia de ningún varón, le pregunto a la abuela cómo aprendió a cocinar, ella me dice que tiene un secreto, se lo voy a mostrar, entra a una habitación contigua y saca recortes de periódicos de un diario local. Yo compro de vez en cuando el periódico y de allí me gusta sacar las recetas, así aprendemos todas a cocinar, mi mamá no me enseñó a cocinar, ella no vivía conmigo, yo tuve que aprender para dar de comer a mis hermanos, pasábamos hambre, mis hijas nunca han pasado hambre y en esta casa hacemos lo posible para que no falte comida, agregó.

Le pregunté si había ido a charlas o capacitaciones al centro de salud u otro lugar, me dijo que no.

Caso 7:

Datos Generales de la niña

Identificación: Cielo
Sexo: Femenino
Edad al inicio del estudio: 16 meses
Edad al término del estudio: 22 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 17 años
Padre: Ausente, no vive con ella.
Número de personas que viven en el hogar: 4
Cuenta con servicios básicos: Sí
Tipo del trabajo de la madre: No trabaja es estudiante del 5to. de secundaria.

Jefe del hogar: Abuela
Vivienda: propia.

Descripción del caso

Cielo es identificada por el Programa del Vaso de Leche, su madre es adolescente quien aún asiste al colegio, porque está en quinto de secundaria, ella recibe apoyo de su mamá, quien se encarga del cuidado de Cielo.

La abuela de Cielo, cuenta que su mamá salió embarazada por ir a una fiesta, desconoce quién es el padre. La adolescente prefiere no hablar sobre cómo salió embarazada. Ella es alegre y divertida, por ello solo hace un gesto en la cara, para decir que no quiere hablar de ello.

Nos cuenta sin embargo, que su embarazo fue normal, no le chocó, le gustaba, se veía bonita, pesaba la barriga el único problema era que no podía salir de su casa, no podía caminar. Ella vive en lo alto de un cerro.

Nos cuenta que a los cinco meses sabía que iba a ser mujercita, sin embargo hubiera preferido que sea hombre, no le hablaba mucho pero cuando estaba triste, le hablaba. Le decía lo que estaba pensando que la quería conocer, que quería abrazarla.

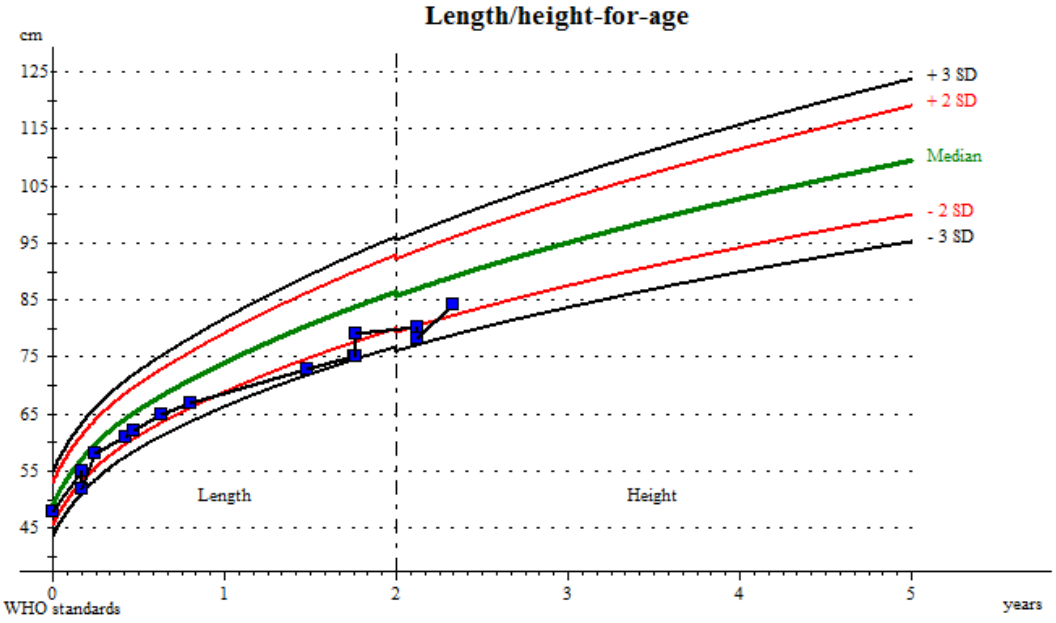
También nos cuenta que sus amigas, su hermana mayor y su tía le hablaban, "todos la quieren", nos dice.

Cielo nació el 21 de abril del 2009, en el Hospital Carrión, fue un parto en riesgo porque la madre tuvo pre-eclampsia. Nació pesando 2680 gramos y medía 48cm. Nos cuenta también que la posta de Mi Perú la trataban un poco tosco durante sus controles pre natales. El día que nació su bebé se sintió un momento triste porque su mamá no estaba. También nos cuenta que su bebé le hizo una herida en el pezón, por lo que no

quería darle pecho. Sin embargo, Cielo, tomó leche materna exclusiva los seis primeros meses.

De acuerdo a los datos de la HC de Cielo se observa que es una niña que tuvo talla baja en el 2010, de acuerdo al diagnóstico de la OMS pero que no fue percibido por el ES dado que en ese año utilizaron el diagnóstico de la NCHS.

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	P/T	T/E	P/E	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
21/04/2009	0	2,680	48	-1.17	-0.62	-1.28	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/06/2009	0.02	5,050	55	1.12	-1.12	-0.2	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/06/2009	0.02	5,600	52	4.14	-2.58	0.6	OBESIDAD	TALLA BAJA	NORMAL
21/07/2009	0.02	6,000	58	1.23	-0.84	0.22	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/09/2009	0.05	8,100	61	2.9	-1.44	1.26	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
12/10/2009	0.05	7,820	62	2.15	-1.45	0.69	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
07/12/2009	0.07	8,700	65	3.27	-1.33	1.75	OBESIDAD	NORMAL	NORMAL
07/12/2009	0.07	8	65	1.31	-1.33	0.19	NORMAL	NORMAL	NORMAL
09/02/2010	0.09	8,930	67	1.82	-1.65	0.5	NORMAL	NORMAL	NORMAL
14/10/2010	1.05	11,000	73	2.41	-2.59	0.62	SOBREPESO	TALLA BAJA	NORMAL
23/01/2011	1.09	10,000	75	0.97	-2.85	-0.69	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
24/01/2011	1.09	10,000	75	0.97	-2.86	-0.69	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
25/01/2011	1.09	11,000	79	1.16	-1.57	0.08	NORMAL	NORMAL	NORMAL
06/06/2011	2.01	11,000	81	0.73	-2.03	-0.56	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
06/06/2011	2.01	11,500	79	1.64	-2.64	-0.2	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
19/08/2011	2.03	12,000	85	0.75	-1.38	-0.19	NORMAL	NORMAL	NORMAL



Si bien el gráfico muestra que durante el primer año de vida una curva ascendente, se observan variaciones en los controles realizadas cerca del segundo año de

vida, que puede deberse a errores en la toma de los datos. Sin embargo, para el establecimiento de salud, esta información no es identificada porque ellos utilizaban las tablas de la NCHS, y los diagnósticos son normales durante todos los controles.

La mamá de Cielo, describe a su hija como una niña muy viva, y atenta, dice algo y al toque la atiende. Es engreída. Yo la castigo cuando no me hace caso, pero a veces viene y me abraza y eso me gusta.

También nos dice que se acostumbra a las personas, no llora con facilidad cuando está con otra persona de confianza, no la deja nunca con extraños o desconocidos.

Nos dice también que a cada rato abraza a su hija y le dice tú me quieres, dame un beso y le abraza. Sin embargo, casi siempre cuando discute con su mamá, le es difícil estar bien con su bebé, porque siempre su mamá le saca en cara lo que le da.

Nos dice que cuando un niño no recibe cariño, se deprime, no basta con alimentarlo, yo lo siento. Tengo problemas con mi mamá para demostrarle afecto, ella se da cuenta de eso, eso creo.

Conversación con la abuela de Cielo

La abuela se llama Eva, ha trabajado como promotora en el comité de Gestión de Ludotecas, financiado por Visión Mundial.

Cuando me enteré que mi hija estaba embarazada no sabía por qué, había sido fruto de una violación y no sabe quién es su papá.

Yo le hablaba, tú tienes que dar a luz y cuidar a tu hija, necesita lactar (la bebé).

Por el momento yo estoy a cargo de la bebé, mi hija está estudiando el quinto de secundaria, hemos quedado que el otro año, ella se hará cargo de la bebé, va a trabajar

para su hija. Tiene apoyo del director del colegio, estudiará una carrera corta, confección de calzado hasta diciembre.

No tiene apoyo del papá, yo sola he sacado adelante a mi familia. Ella también lo hará.

A veces le he tratado mal, las criaturas necesitan paciencia para comer. Cuando salga a trabajar, también va a necesitar quien cuide de su bebé, eso se lo digo también a mi otra hija.

De pequeñas no les he castigado. La abuela de Cielo señala que tenía deseos de ser una profesional para gozar de mi jubilación, pero no tenía apoyo económico, entonces nos dice "me aferré a mis hijas. Siempre ellas están conmigo." Señala que desea hacer algo en su terreno y que por la tarde ella ofrece clases de aprestamiento.

"He estudiado educación inicial yo puedo enseñar, estuve trabajando con jóvenes y adolescentes."

Observación de Cielo

Cuando llegamos a visitar a Cielo, la encontramos con la abuela, ella nos recibe afuera de la casa, saca una silla para sentarnos. De pronto, se ve llegar a la mamá de Cielo, Cielo la ve y se alegra, salta, sonríe y pide que la lleven con su mamá.

La abuela la carga y va al encuentro de la mamá de Cielo. La mamá de Cielo, llegaba del colegio, aún estaba con su uniforme. Cuando se aproxima a su mamá le pide que la cargue, su mamá le habla y Cielo sonríe.

La mamá le dice a Cielo, vamos a jugar, propone un juego, pero Cielo no le sigue, luego mueve la muñeca para que juegue con ella, le dice dale besito y Cielo no

quiere. Entonces le dice mira Cielo la muñeca toma teta, y Cielo coge la muñeca e imita el acto de amamantar, la mamá se ríe.

La mamá insiste que le dé un besito a la muñeca, Cielo no quiere, tira la muñeca al suelo. Entonces la mamá le dice ya no juego contigo, no te doy la muñeca, es mía, entonces Cielo se empieza a sobar los ojos, la mamá se da cuenta que no se está sintiendo bien, entonces le dice, ven con mamá y Cielo la abraza.

La observación se realiza al exterior de su vivienda, Cielo está sentada en una silla y la mamá está en cuclillas, sus ojos llegan al nivel de los ojos de Cielo, cuando le conversa la busca con la mirada.

Caso 8:

Datos Generales del Niño

Identificación: Julio Cesar
Sexo: Masculino
Edad al inicio del estudio: 20 meses
Edad al término del estudio: 29 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 31 años
Edad del Padre: 31 años.
Número de personas que viven en el hogar: 6
Cuenta con servicios básicos: Sí
Tipo del trabajo de la madre: Lava ropa ocasionalmente
Tipo de trabajo del padre: Pela pollos en el mercado.
Vivienda: propia.

Descripción del caso

Julio César es identificado para el estudio a través de un registro del Programa Nacional Wawa Wasi. Él es el tercer hijo de Sofía.

Sofía nos relató que cuando tenía 3 meses de embarazo consideró realizar un aborto dado que estaba trabajando y no tenía el apoyo necesario para mantener a todos sus hijos, pero que finalmente se decidió a tenerlo. Detalló que estaba sola en Arequipa, su esposo vivía en Lima; argumentó que cuando una está sola no sabe cómo reaccionar, usualmente se cuestiona si podría mantener un trabajo "Yo ya tenía a mis bebés, ya estaban más grandes, ya no importa dije, tengo que trabajar no más".

Asimismo, consideró su embarazo como "normal", sin ningún problema físico, explicó que usualmente trabajaba lavando ropa en diferentes casas. Nos mencionó que durante su embarazo le gustó que pudiera comer tranquila lo que desease sin ningún problema de vómitos. Aquello que le disgustó fue que Julio César se movía de tal forma que en las noches le hacía llorar de dolor; precisó que nadaba en su vientre hasta el punto de situarse en una posición incómoda para ella [señala un lado de su cintura].

En el transcurso del embarazo, Sofía nos comentó que conversaba poco con Julio César, refiere que eran sus hijos quienes tenían expectativas alrededor del niño. Además detalló que su pareja nunca estuvo con ella durante el embarazo, y que vio a Julio César cuando este tenía un año; argumenta que su trabajo era complicado y no podía viajar a Arequipa.

Detalló además que sufrió bastante en el trabajo de parto; consiguió dar a luz a las 6 de la mañana, y que luego de dos horas le mostraron a su hijo y seguidamente le dieron de alta. Sofía explicó que no le pusieron en contacto con su piel, sólo se lo enseñaron de manera tosca y le dijeron "es hombrecito, mírale bien" y que eso fue todo. De esa forma, ella hizo una comparación con la experiencia posterior que tuvo en el hospital de Ventanilla; "te lo ponen cerca al pecho, permiten que lo observes recién

nacido, le puedes besar recién nacido", refiere que esa experiencia la vivió con su siguiente hijo.

En el momento de la entrevista, Sofía describió a su hijo como "molestoso y tragón". Narró que desde que se levanta dice "comida", y que llega al Wawa Wasi comiendo. Mencionó que aquello que le gusta más de él es que es conversador y preguntón, refirió que cuestiona todo, suele agarrar los libros y preguntar por lo que encuentra dentro "mamá, qué es esto". Añadió que en algunos momentos se pone a cantar o bailar, asumiendo que eso es una conducta que repite en el Wawa Wasi. Asimismo, sale a bailar con él cuando este se lo exige porque si no suele llorar hasta que bailen; ella comenta "ya hijo ya, tengo que estar saliendo a bailar".

Asimismo, refirió que a pesar de estar cansada por cuidar a sus otros hijos, en todo momento le brinda cariño, le abraza y le da un beso, detalló que él es muy cariñoso y que está acostumbrada a llamarla Sofía y a su padre le llama por su nombre "Martín".

Aquello que disgustó de Julio César fue que era "llorón", refirió que exige atención cuando ella está cuidando de su hijo menor. Es por esa razón que intenta hacer dormir a su otro hijo para poder atender a Julio César.

Julio César asistió al Wawa Wasi regularmente de febrero a setiembre del 2010; Allí recibió el control de salud del mismo establecimiento de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Cuadro de control evaluación nutricional

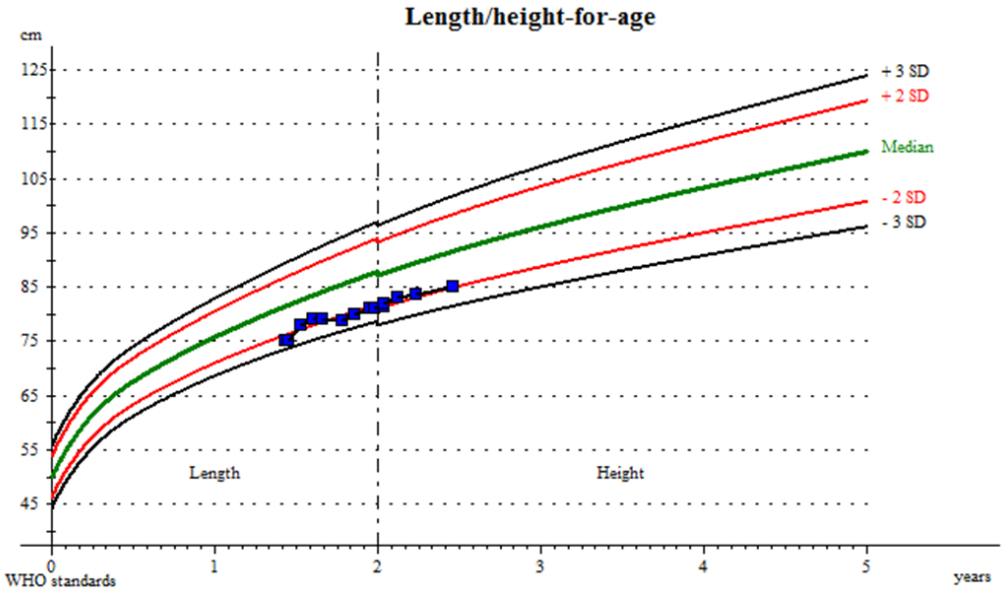
Monitoreo de salud

Ficha Asist	Campaña	Fecha	Peso	Talla	Centro Salud	Diagnostico			
						NCHS		OMS	
						Talla / Edad	Peso / Talla	Talla / Edad	Peso / Talla
678837	2010-9	22/09/2010	11.60	82.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
670106	2010-8	20/08/2010	12.40	81.20	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
662259	2010-7	16/07/2010	12.00	80.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	NORMAL
659401	2010-6	18/06/2010	12.00	78.90	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL	RIESGO	
652940	2010-5	07/05/2010	11.30	79.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
645064	2010-4	16/04/2010	11.50	79.00	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		NORMAL
638653	2010-3	19/03/2010	11.50	77.90	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	NORMAL		
632342	2010-2	12/02/2010	11.60	75.20	C.S. MI PERU	RIESGO DESNUTRICION CRONICO	SOBREPESO	RIESGO	NORMAL

Fuente: Wawanet, 2010

Los diagnósticos nos muestran que en febrero del 2010 se le identifica riesgo de desnutrición crónica, al cumplir los dos años Julio César si bien no logra superar ese diagnóstico, no cae a DC.

Gráfica de talla/edad



En relación a la experiencia de Julio César en el Wawa Wasi, Sofía especificó que su hijo no dejaba de llorar las primeras dos semanas, pero que hasta el momento de

la entrevista le gusta asistir. Así, Julio César tiene la costumbre de coger su mochila e irse al Wawa Wasi. Sofía detalló además que el ambiente de Lima; así como nuevas personas pudieron hacer que él dejase de llorar y acostumbrase a tomar nuevos brazos para su cuidado.

Considerando el apoyo del Wawa Wasi, se le preguntó por qué creía que Julio César tenía, hasta el momento de la entrevista, bajo peso y talla; Sofía explica que cuando Julio César era bebé no pudo alimentarlo con pecho como ella hubiese querido. Sin embargo, aclaró que él ha ido recuperando peso conforme su asistencia al Wawa Wasi.

Precisó, además que cuando asistía a sus controles CRED, la enfermera le recomendaba darle carnes rojas, leche; sin embargo encontraba dificultad en ello dado que a Julio César agradaba sólo de mazamorras y papillas. A pesar de ello, encontraba alternativas como yogurt, refirió que le compraba medio litro de yogurt exclusivo para él para que durase varios días.

Caso 9:

Datos Generales del Niño

Identificación: Sonia
Sexo: Femenino
Edad al inicio del estudio: 15 meses
Edad al término del estudio: 19 meses

Datos familiares
Edad de la madre: 24 años
Edad del Padre: 29 años
Número de personas que viven en el hogar: 3
Cuenta con servicios básicos: Sí

Tipo del trabajo de la madre: Eventualmente ayuda a su esposo
Tipo de trabajo del padre: No tiene un trabajo fijo, hace múltiples oficios.
Vivienda: propia.

Descripción del caso

Sonia es una niña que asiste a Wawa Wasi y tiene un buen estado nutricional.

La mamá nos cuenta que se enteró de estar embarazada porque al inicio no le venía la regla, más o menos unas 7 semanas después me hice sacar ecografías y mis análisis de embarazo. Cuando vi la ecografía me sentía feliz porque ya venía mi bebito, yo quería que saliera mujercita. Cuando me enteré me fui a comprar sus cosas, me fui al centro de salud a controlarme, a comer más, tomar vitaminas. Nos dice que su esposo estaba normal, tranquilo, él ya tiene un hijo varón de otro compromiso.

Durante el embarazo, la mamá de Sonia, estaba normal, tranquila. Sólo tuvo algunos problemas con su esposo, eran temas de pareja normal. Lo que más le gustó era que cumplía con todos los antojos, todo comía a mi gusto. Me gustaba cuando se movía; inicialmente me daba miedo porque no había sentido eso, ya luego estaba tranquila. Lo que menos me gustó fue dar a luz, fue feo.

A veces, cuando estaba tranquila. Le hablaba y le decía que debía nacer para que me acompañe. Además le decía que la quería.

Su papá a veces se comunicaba, nunca pudimos conversar todos juntos. Es que los hombres son más secos.

En el Hospital Ventanilla. Fue rápido, comencé a dilatar a las 9 am y a las 4p.m. ya estaba dando a luz. Durante en el parto me dijeron que tenían que operarme porque me había salido un quiste; pero el doctor al final me dijo que diera a luz primero y luego el quiste sólo desapareció, aunque recién me ha vuelto a crecer. Cuando di a luz, a la

hora luego de cambiarla me la pusieron para que le diera pecho. Al inicio daba miedo porque era pequeña, pero sí tuvo contacto conmigo. Cuando me la acercaron no me salía leche; como no se llenaba con mi leche, entonces la señora del costado del cuarto del hospital le daba, porque a ella le salía bastante. "Ya cuando pesaba no sé cuánto, porque tomaba un montón, le mandaron hacer dieta."

Cuando me habla y me dice cosas nuevas, me siento feliz. Cuando le pregunto quién le ha enseñado, me dice que fue la mamá del Wawa Wasi.

Lo que no me gusta es que es bien inquieta, a veces le digo que no y lo sigue haciendo, no hagas eso y lo sigue agarrando. Cuando está muy inquieta, no le compro lo que quiero o a veces le castigo, le jalo su orejita. También antes le gustaba pegar; cuando tenía 1 añito, a los niñitos, a mi sobrinita le jalaba el pelo, le cacheteaba, le arañaba. Ahora a toditos les da cariño, quiere cargarlos. De la nada se puso así.

Ella es tranquila, no pega, está cuidando a los niñitos para que no se estén peleando. Me dicen que ella come toda su comida, juega. Yo la dejé en el Wawa Wasi al año y dos meses; la primera vez que la dejé lloraba, se desesperaba, quería salirse. De ahí la dejé dos, tres días, como mi suegra me ayudaba, empecé a trabajar y por eso la dejaba también en el Wawa Wasi, como trabajo hasta las dos, a qué hora iba a almorzar. Luego de dos semanas se acostumbró. Antes también la dejaba con su tía, pero como ahora ya sé si sale a las 7, ya se está yendo al colegio entonces mejor me la traigo porque por ahí pasan motos, con ella también se acostumbró, sólo con el Wawa Wasi tuvo problemas.

Yo la veo a partir de las 3; en la mañana le hago tomar su desayuno en casa. Ella toma su biberón y luego su pan con huevo y yogurt, en ese momento ella toma sola y tranquila, mientras me alisto. Cuando regreso de trabajo yo la recojo y le pregunto qué ha comido, si se ha portado bien y le digo que vayamos a la casa. Llegando, ella juega sola, le gusta poner sus peluches boca abajo. A veces me hace jugar al rompecabezas, me hace armar y armar para que aprenda o también pegamos figuritas, pero más quiere

hacerlo sola. Más seguido la observo mientras ella juega sola, cuando ella quiere algo ya me pide.

En verdad siempre estoy ahí; cuando está muy inquieta, a veces, la llevo a los juegos, a los caballitos de Metro. Le digo que si se porta bien le llevo a los juegos y me dice "ya mami". Eso es a veces. Pero también a veces le canto o jugamos cuando está inquieta.

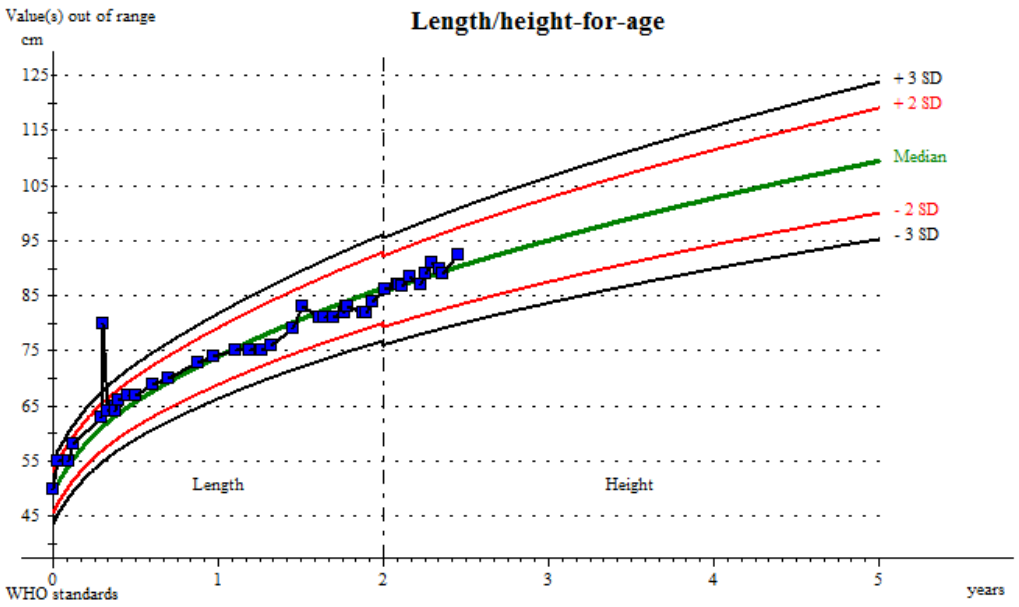
Sí, porque a veces cuando le gritas no come. En cambio cuando le haces jugar con cariño, come más.

Historia Clínica de Sonia

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	P/T	T/E	P/E	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
08/01/2009	0	3,200	50	-0.52	0.46	-0.07	NORMAL	NORMAL	NORMAL
20/01/2009	0	3,500	55	-3.03	2.02	0	DESN AGUDA	ALTO	NORMAL
12/02/2009	0.01	4,800	55	0.58	0.38	0.73	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/02/2009	0.01	5,000	58	-0.75	1.36	0.56	NORMAL	NORMAL	NORMAL
25/04/2009	0.03	6,500	63	-0.19	0.92	0.43	NORMAL	NORMAL	NORMAL
28/04/2009	0.03	6,500	80	-4.96	8.75	0.36	DESN AGUDA	ALTO	NORMAL
07/05/2009	0.03	6,600	64	-0.41	0.97	0.28	NORMAL	NORMAL	NORMAL
25/05/2009	0.04	6,990	65	-0.14	0.87	0.38	NORMAL	NORMAL	NORMAL
26/05/2009	0.04	6,900	64	0.08	0.38	0.25	NORMAL	NORMAL	NORMAL
01/06/2009	0.04	7,500	66	-0.64	1.12	0.14	NORMAL	NORMAL	NORMAL
24/06/2009	0.05	7,200	67	-0.49	0.95	0.11	NORMAL	NORMAL	NORMAL
08/07/2009	0.05	7,300	67	-0.34	0.6	0.03	NORMAL	NORMAL	NORMAL
18/08/2009	0.07	8,320	69	0.49	0.55	0.6	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/09/2009	0.08	8,600	70	0.57	0.28	0.52	NORMAL	NORMAL	NORMAL
26/11/2009	0.10	9,300	73	0.65	0.31	0.62	NORMAL	NORMAL	NORMAL
29/12/2009	0.11	9,610	74	0.77	0.16	0.65	NORMAL	NORMAL	NORMAL
15/02/2010	1.01	9,550	75	0.47	-0.19	0.28	NORMAL	NORMAL	NORMAL
19/03/2010	1.02	10,000	75	0.97	-0.63	0.46	NORMAL	NORMAL	NORMAL
16/04/2010	1.03	10,600	75.2	1.55	-0.92	0.76	NORMAL	NORMAL	NORMAL
07/05/2010	1.03	10,700	76.1	1.46	-0.86	0.71	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/06/2010	1.05	11,000	79.1	1.14	-0.36	0.67	NORMAL	NORMAL	NORMAL
15/07/2010	1.06	11,500	83	0.76	0.73	0.91	NORMAL	NORMAL	NORMAL
19/08/2010	1.07	12,000	81	1.67	-0.35	1.06	NORMAL	NORMAL	NORMAL
31/08/2010	1.07	12,000	81	1.67	-0.47	1	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/09/2010	1.08	12,000	81	1.67	-0.69	0.89	NORMAL	NORMAL	NORMAL
15/10/2010	1.09	12,000	82	1.45	-0.6	0.77	NORMAL	NORMAL	NORMAL
21/10/2010	1.09	11,000	83	0.27	-0.31	0.06	NORMAL	NORMAL	NORMAL
22/10/2010	1.09	11,000	83	0.27	-0.34	0.04	NORMAL	NORMAL	NORMAL
25/11/2010	1.10	12,300	82	1.71	-0.98	0.77	NORMAL	NORMAL	NORMAL
30/11/2010	1.10	12,300	82	1.71	-1.03	0.74	NORMAL	NORMAL	NORMAL
16/12/2010	1.11	12,200	84	1.16	-0.54	0.6	NORMAL	NORMAL	NORMAL
13/01/2011	2.00	11,700	87	-0.02	0.14	0.13	NORMAL	NORMAL	NORMAL
09/02/2011	2.01	13,000	87	0.98	0.12	0.84	NORMAL	NORMAL	NORMAL
10/02/2011	2.01	12,000	87	0.1	0.11	0.2	NORMAL	NORMAL	NORMAL
13/02/2011	2.01	12,000	87	0.1	0.08	0.19	NORMAL	NORMAL	NORMAL
18/02/2011	2.01	13,000	86.7	1.05	-0.05	0.8	NORMAL	NORMAL	NORMAL
07/03/2011	2.01	12,400	88,5	0.12	0.35	0.35	NORMAL	NORMAL	NORMAL
31/03/2011	2.02	11,000	87	-0.89	-0.3	-0.73	NORMAL	NORMAL	NORMAL
12/04/2011	2.03	13,000	89	0.53	0.19	0.56	NORMAL	NORMAL	NORMAL
26/04/2011	2.03	14,500	91	1.29	0.67	1.34	NORMAL	NORMAL	NORMAL
13/05/2011	2.04	13,200	90	0.48	0.24	0.54	NORMAL	NORMAL	NORMAL
19/05/2011	2.04	13,800	89	1.1	-1.1	0.86	NORMAL	NORMAL	NORMAL
23/06/2011	2.05	13,000	92,3	-0.23	0.64	0.25	NORMAL	NORMAL	NORMAL

Hacia el primer año vida, asistió regularmente a sus controles en el puesto de salud, al segundo año de vida, la mayoría de los controles fueron realizados por el puesto de salud pero solo consta en el sistema wawanet de wawa wasi y no en su HC.

Gráfica de talla/edad



La gráfica muestra una tendencia ascendente, con algunas variaciones que pueden ser consideradas como errores en la toma de dato, pero la tendencia general es una curva ascendente.

Caso 10:

Datos Generales del Niño

Identificación: Sergio

Sexo: Masculino

Edad al inicio del estudio: 16 meses

Edad al término del estudio: 23 meses

Datos familiares

Edad de la madre: 18 años
Edad del Padre: 19 años
Número de personas que viven en el hogar: 5
Cuenta con servicios básicos: Sí
Tipo del trabajo de la madre: Ayudante en una fábrica de pescado.
Tipo de trabajo del padre: Hace turnos en una fábrica de pescado.
Vivienda: propia.

Descripción del caso

Sergio fue identificado por el Programa Adiós Anemia, es un beneficiario desde los 15 meses de edad. Sergio es hijo de padres adolescentes, su mamá tiene 18 y el papá 19 años, ambos viven en casa de sus abuelos maternos.

La mamá cuenta que presentía estar embarazada, cuando no le vino la regla esperó unos días, luego se hizo la prueba de embarazo y se sintió alegre y contenta.

El embarazo fue tranquilo, la mamá cuenta que sintió el latido y la patadita de su bebé.

Lo que no le gustó fue el parto, le dolió mucho y las enfermeras asustaban, "fue horrible" nos dice la mamá.

La mamá también nos cuenta que durante el embarazo, le conversaba a su bebé cuando se movía. Le decía que lo quería, que quería tenerlo en sus brazos, su papá también le hablaba, le decía cositas bonitas, los planes que teníamos para él, lo feliz que nos sentíamos.

Sergio nació pesando 3 kg, el 24 de marzo del 2009, en Hospital de Ventanilla, no quisieron que entre el papá. El parto fue inducido, no le explicaron que sucede en la inducción del parto. Ni bien nació el bebé, lo pusieron en su pecho, fue muy lindo tenerlo conmigo cuenta la mamá, pero el bebé nació respirando rápido, se lo llevaron a observación y me lo trajeron al día siguiente, y le dieron fórmula. Tenía pequeño el pezón, insistí hasta que lo cogió. Le di lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

La mamá nos cuenta que Sergio tiene temores a los doctores sobre todo cuando lo lleva al peso, talla y vacunación. Lo describe como un niño cariñoso, risueño y juguetón. También nos cuenta que cuando se porta malcriado es cuando quiere algo y no le dan.

A los 2 meses de nacido pesaba 6,3kg y medía 62 cm, a los 17 meses, pesaba 11,050 kg y medía 81,5cm. En su tarjeta de CRED se han registrado 4 controles. Antes del último control se evaluó a los 11 meses medía 75cm y tallaba 10,120kg.

Al principio le daba todo antes del año. Su mamá le decía que hacer. En el centro de Salud no explicaban, la mamá le apoya.

Sergio se acostumbra con su tía, hermana de su mamá, porque ella es muy cariñosa, corre y juega, afirma la mamá. Si no conoce no se queda, reniega, llora. Nunca lo he dejado con una persona desconocida. Durante el día Sergio está con los abuelos maternos y con su tía, ellos no trabajan, por eso pueden cuidar a Sergio. La mamá trabaja en una fábrica de pescado.

La mamá dice que todo el día le da afecto y a veces le grita. Nos dice que a la abuela le hace caso y el papá juega con él y observa lo que hace, se apega más a la mamá. A veces pierde rápido la paciencia, es su primer hijo, es una experiencia bonita para su papá sobretodo porque él no tuvo padre.

La mamá cuenta que en su casa nadie trata mal a Sergio, todos le dan lo que pide. El abuelo a veces le da caramelito.

Respecto a su alimentación, la mamá nos cuenta que Sergio estuvo con lactancia materna exclusiva hasta un poco antes de los 6 meses, actualmente toma pecho, a veces le da leche evaporada junto con sus mazamorras.

Observación de Sergio

Se concreta la visita un día domingo, dado que durante la semana la mamá no está, se encuentra trabajando en una fábrica de pescado. El día de la visita la mamá nos cuenta que Sergio está un poco enfermo, tiene inflamación a la amígdala.

Desde que llegamos a la visita Sergio está al lado de su mamá, ella lo sienta sobre sus piernas, él se deja pero se aburre y se para.

Su papá le dice vamos a jugar con la pelota, él saca una pelota y para jugar, la mamá le dice al papá siéntate en el suelo, el papá le lanza la pelota y Sergio va en busca de la pelota. Cuando tiene la pelota se la lanza con las manos dando un bote en el suelo.

Su papá vuelve a patear la pelota, para que Sergio patee.

La mamá le dice:"¡patea! ¡patea!"

El papá dice ¡asu! Cada vez que ve que su hijo patea la pelota, se alegra con él.

De pronto al encontrar nuevamente la pelota, ya no quiere recogerlo mira a su papá y su papá se aproxima a él y lo abraza.

Unos meses después volvimos a visitar a Sergio, pero ya no vivía con la abuela, sus papás se mudaron a Pachacútec, su padre había conseguido un trabajo cercano y se fue con toda su familia.

Historia Clínica

FECHA_VIS	EDAD (a.m)	PESO (g)	TALLA (cm)	P/T	T/E	P/E	Dx P/T	Dx T/E	Dx P/E
24/03/2009	0	3,000	sd			-0.73			NORMAL
03/04/2009	0	2,500	50	-3.36	-0.86	-2.41	DESN AGUDA	NORMAL	DESN GLOBAL
13/05/2009	0.01	3,100	56	-5.18	-0.61	-3.8	DESN AGUDA	NORMAL	DESN GLOBAL
17/07/2009	0.03	6,300	62	-0.43	-0.67	-0.76	NORMAL	NORMAL	NORMAL
27/10/2009	0.07	9,000	70	0.8	0.3	0.7	NORMAL	NORMAL	NORMAL
22/12/2009	0.08	9,340	70.5	1.08	-0.64	0.45	NORMAL	NORMAL	NORMAL
22/02/2010	0.11	10,120	75	0.75	0.19	0.67	NORMAL	NORMAL	NORMAL

Gráfica de talla/edad

Los datos de la historia clínica son de los primeros 11 de meses de edad, no se encontraron los datos siguientes, a pesar que por recibir el suplemento de hierro asistía a sus controles no había información de los siguientes meses. Lo que sí se observa es que en los primeros meses presentó bajo peso y su diagnóstico fue desnutrición aguda y global pero posteriormente su diagnóstico fue normal.

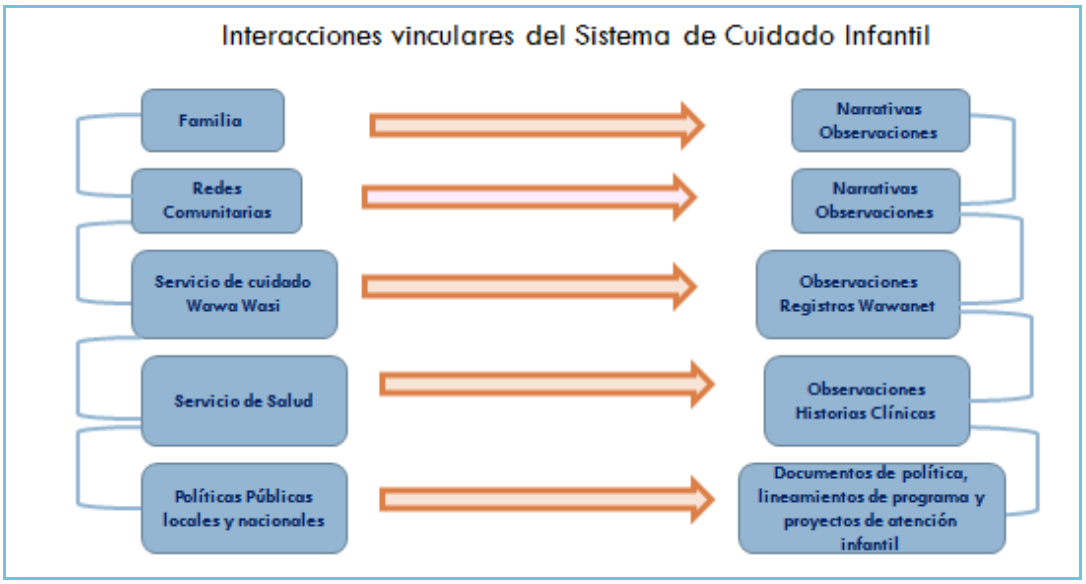
5.3 Interpretación de resultados

En esta sección se presentan los enlaces entre los contextos y los textos sistematizados en las narrativas, para dar cuenta de la interacción de los cuidadores con el niño o niña durante los cuidados y la gestión del cuidado infantil. Es decir, por un lado conoceremos cómo se relacionan los cuidadores con los niños-as y por otro lado cómo se organiza el cuidado dentro del hogar: distribución de tareas, recursos y redes de apoyo para brindar cuidados.

Asimismo se analiza la interacción con otros cuidadores, ya sean parte de las redes familiares y comunitarias, o por parte del wawa wasi, se analiza las relaciones que

se establecen en el escenario del servicio de salud: la calidad de la atención, la gestión de la información que se le ofrece al cuidador principal sobre el estado de su hijo-a, pero también la respuesta de los cuidadores ante la información y consejería brindada en el centro de salud.

Como último punto se realiza los enlaces entre contextos y textos en el marco de las políticas públicas vigentes durante el estudio, y sus implicancias en el sistema del cuidado identificado en el centro poblado Mi Perú.



5.3.1 Interacción de la madre o el Cuidador con el niño durante los momentos de cuidado

Para una mejor comprensión de las interacciones entre la madre o el cuidador principal con el niño, analizaremos dichas interacciones en cinco momentos de cuidado: la gestación, el nacimiento, la lactancia, la alimentación complementaria y el juego. El siguiente cuadro resume las principales características observadas relacionadas a las formas de interacción y a las prácticas de cuidado.

Variables	MOMENTOS DE CUIDADO				
	Gestación	**Nacimiento**	**Lactancia**	**Alimentación Complementaria**	**Juego**
Interacción	Aceptación del embarazo Quien le habla al bebé Quién conversa con la gestante Acariciar el vientre	Contacto piel a piel Compañía durante el parto	Quién da de lactar Contacto físico madre-hijo Atención a la demanda	Quién y cómo dar de comer Proximidad Tiempo	Quién o quienes Juegan con el niño .
Práctica de Cuidado	Asistencia a los controles prenatales Comer bien	Atención al RN y a la madre por el Servicio de salud	Inicio exclusividad Destete	Cantidad calidad consistencia frecuencia Espacios para comer Rutinas	Espacio físico para el juego Mayor presencia de la figura paterna.

Durante la gestación

En el análisis de las narrativas respecto a la etapa gestacional de los niños y niñas del estudio se encuentra que la relación entre la madre y el niño/a por nacer se fue dando de manera diferente en base a la situación en la que se da el embarazo, la edad de la madre y los vínculos afectivos de soporte con los que contaba (pareja, madre, hermanos).

En todos los casos estudiados, los bebés no fueron planificados, ni esperados: dos de ellos fueron concebidos por fallas en los métodos de planificación y cuatro de ellos son casos de embarazos adolescentes.

Caso Rodrigo Es el segundo hijo de Patricia, su mamá cuenta que le falló la T de cobre, tenía hemorragias y luego salió embarazada, a los quince días no quería tenerlo, pero conforme pasó el tiempo aceptó el embarazo.

Caso Luis Francisco Su madre no lo esperaba porque se estaba cuidando con ampollas. Sin embargo, cuando su madre se enteró que estaba embarazada se alegró mucho y más aún cuando se enteró que era varoncito.

En dos de los casos, las madres –una adolescente y una adulta- señalan que tuvieron la idea de abortar, sin embargo, declinaron. En el caso de la madre adolescente aparece una fuerte postura anti-aborto basada en principios morales y religiosos, que la hacen declinar de abortar, e incluso parece ayudarla a asumir el embarazo.

Caso Rafael

Su mamá nos cuenta que se enteró que estaba embarazada a los días que no le vino su regla, se hizo el test y salió positivo. "Yo estaba normal, abortar es un pecado".

En el otro caso, los factores que la llevan a pensar en un aborto giran alrededor de los recursos económicos para atender al nuevo bebé; ya que la madre se encontraba lejos de su familia y sus otras dos hijas eran mayores.

Caso Julio César

Sofía nos relató que cuando tenía 3 meses de embarazo consideró realizar un aborto dado que estaba trabajando y no tenía el apoyo necesario para mantener a todos sus hijos, pero que finalmente se decidió a tenerlo. Detalló que estaba sola en Arequipa, su esposo vivía en Lima; argumentó que cuando una está sola no sabe cómo reaccionar.

Al momento de recibir la noticia de estar embarazadas, las madres aceptan y asumen el embarazo, con temores y dudas, y a medida que pasa el tiempo cuando lo comentan con su familia y/o cuando sienten los movimientos del bebé en el vientre, es cuando inicia la interacción con nuevo el ser.

Caso Dionisio

Cecilia nos relató que se enteró que estaba embarazada tras notar que, exactamente hacia un mes, no menstruaba. Posterior a ello, se realizó una prueba de embarazo resultando positivo. Al inicio Cecilia no estuvo alegre por la noticia, según explica este no estaba planificado; sin embargo a los días de sentir su movimiento y el latido, aceptó la idea de que sería madre.

Siendo embarazos no planificados, la madre al conocer la noticia recibe una carga emocional que guarda dentro de sí por un espacio de tiempo que puede ser más corto o más largo dependiendo de si se cuenta con una persona de confianza para compartir su estado y muchas veces dividir la preocupación que conlleva este embarazo no esperado. En los casos de madres primerizas y madres adolescentes hay un proceso más prolongado de compartir su situación con los demás, por un lado porque piensan que es un tema personal y por otro lado, por los cuestionamientos que pueda recibir de los otros.

Un elemento que contribuye a la interacción entre la madre y el bebé en el transcurso del embarazo está relacionado con la información que recibe, que les indican que interactúen con sus bebés- ya sea consejería dada en el Establecimiento de Salud, sus propias madres y/o hermanas, u otro agente en la comunidad. En uno de los casos la madre refiere que recibió orientación por parte de la ONG Visión Mundial.

Caso Rodrigo

Durante el embarazo, asistía a sus controles y a la psicoprofilaxis, allí le enseñaron a comunicarse con su bebe, “me decían que le hablara y le decía que estaba bien”.

Caso Dionisio

En el transcurso mencionó que tuvo estimulación de un programa de Visión Mundial; refiere que le llevaron a capacitarle para estimular al bebé, conversarle. Ella aseguraba que el bebé le escuchaba. Le proporcionaron, además, instrumentos para llevar a casa y practicar con el bebé.

Argumentó que Dionisio le gusta explorar y jugar, debido a que ella le dio estimulación desde su embarazo.

Existen diferencias en la interacción de las madres adolescentes con sus bebés durante la gestación. En un caso, se señala la dificultad de comunicarse con su bebé, ya que la madre tuvo problemas para asumir el embarazo y algunas discusiones con sus padres.

Caso Mario

En el transcurso del embarazo, Jessica nos comentó que se comunicaba poco con Mario, refería que cuando lo hacía le decía que naciera pronto y que le quería. Ella atribuyó su tipo de comunicación a que salió embarazada a corta edad, por lo que quedó resignada a tener a su hijo; además refirió un reproche inicial de sus padres, mas no especificó en qué circunstancias.

En otro caso la madre comentó que ella le cantaba a su niño canciones infantiles y le preguntaba cómo sería.

Caso Rafael

“Le cantaba El Pericotito y le hacía preguntas de cómo sería”

La comunicación con sus bebés también estuvo mediada a los momentos de tristeza o soledad de la madre y quienes sentían la necesidad de que nazcan pronto para que les hagan compañía.

Caso Sonia

A veces, cuando estaba tranquila le hablaba y le decía que debía nacer para que me acompañe. Además le decía que la quería.

Caso Bibiana

Otro momento de comunicación con Bibiana descrito por Diana, fue cuando ella se sentía triste, en ese momento le pedía que naciera para que le acompañara.

Caso Cielo

"A los cinco meses … no le hablaba. Cuando estaba triste sí le hablaba." (Mamá de Cielo)

En cuanto a la presencia del padre durante el embarazo se evidencia que la interacción del padre con el bebé, estaba mediada por la relación entre el padre y madre. Es decir, si existe una relación fluida con la madre, el padre se acerca, habla al niño, acaricia a la madre; en cambio cuando las relaciones con la madre se rompen o son muy débiles desde antes de la gestación, luego son casi nulas las interacciones paterno-infantiles.

Cuando la pareja está junta es en muchos casos la madre la que invita -y a veces insiste- para que se dé la interacción del padre con el bebé.

Caso Bibiana

Además, nos comentó que su pareja apoyó su embarazo los primeros 2 meses luego de contarle, refiere que tuvo palabras de aliento "podríamos afrontarlo ambos" y muestras de afecto físico, así como expectativas en relación al embarazo "acariciaba mi barriga y decía que quería una niña".

Luego de esos 2 meses, él le dijo que viajaría por trabajo. Se fue y no le llamó, no estuvo en el parto.

Caso Rafael

La mamá también cuenta que durante el embarazo le cantaba a su bebe, le hacía preguntas, el papá también le hablaba y le decía cualquier cosa.

Caso Sergio

La mamá de Sergio nos dijo: "Me sentí alegre y contenta, estaba tranquila, su papá también, le decía cositas bonitas, les decíamos sobre los planes que teníamos y lo feliz que nos sentíamos".

Caso Julio César

La mamá nos dijo que su pareja nunca estuvo con ella durante el embarazo, y que vio a Julio César cuando este tenía un año; argumenta que su trabajo era complicado y no podía viajar a Arequipa.

Caso Sonia

La mamá nos dijo: "Su papá a veces se comunicaba, nunca pudimos conversar todos juntos. Es que los hombres son más secos."

Las diferentes formas de expresión de afecto, no necesariamente, están relacionadas con hablar o acariciar el vientre, o palabras o actos convencionales de expresión, sino que utilizan otros códigos de expresión escondidos en la broma.

Caso Dionisio

Nos narró que su esposo bromeaba alrededor de su embarazo dado que su vientre estaba lo suficientemente hinchado, constantemente le daba plazos para el nacimiento, él comentaba "si hoy día no nace ¿ya qué será? Mula". Asimismo Cecilia explicó que el comportamiento de su esposo se debía a que en el último mes, diariamente se levantaba con un dolor que luego desaparecía y su esposo tenía que viajar, así que esperaba que naciera lo más pronto posible.

En el caso anteriormente citado, el padre espera con ansias que el niño nazca antes de su viaje por eso cada día habla con su bebé y bromea con la madre sobre nacimiento de su hijo.

En dos de los casos, los padres de los niños habían viajado por trabajo a Chile, por lo que no estuvieron durante el embarazo con las madres. A pesar de ello en los dos casos, se registra interacción del padre con el bebé.

Caso Rodrigo

Su papá no estuvo durante el embarazo, porque trabaja en Chile, cuando venía, le decía "mi bebito".

Caso Bibiana

Luego de esos 2 meses, él le dijo que viajaría (a Diana, mamá) por trabajo. Se fue y no le llamó, no estuvo en el parto. Cuando Bibiana tenía 6 meses de nacida, la

volvió a ver, refiere que le tomó fotos. Nuevamente se fue a Chile y no llegó a firmar la partida.

La figura paterna, es sustituida en muchos de los casos por el abuelo, sobretodo en el caso de las adolescentes.

Caso Mario

Su padre era más cariñoso, le tocaba su barriga y le decía que le quería y que naciera pronto, que le quisiera ver, él comentaba "Ya soy abuelo con Mario". De esta forma, nos narró que su padre era quien estaba más preocupado porque su embarazo fuese normal, con énfasis en que comiese oportunamente toda su comida.

Otros integrantes de la familia, así como amigos de la madre también interactúan con el bebé durante su gestación. Cuando existen hermanos mayores, son ellos los que muestran gran expectativa sobre el desarrollo del bebé y hablan con ellos, incluso más que los padres.

Caso Julio César

Sofía nos comentó que conversaba poco con Julio César, refiere que eran sus hijos quienes tenían expectativas alrededor del niño.

Caso Luis Francisco

Cuando estaba embarazada yo no hablaba con mi bebe, pero mi hija mayor si, su otra hermana no.

Las abuelas y las tías del bebé son de gran ayuda y sirven de soporte emocional a la futura madre, más aun si es primeriza.

Caso Bibiana

Diana menciona que sólo tuvo el apoyo de su hermana a través de sus visitas y conversaciones, Diana, mamá de Bibiana también comenta que su hermana también tocaba su vientre y le conversaba.

En el caso de las madres adolescentes, la aprobación o desaprobación del embarazo por parte de los padres de la gestante es un elemento de interacción importante con el bebé. En uno de los casos específicamente se encuentra que el bebé es producto de una relación casual, donde no se conoce al padre, incluso no se sabe si el niño es producto de una violación. En otro caso, la madre de una gestante adolescente, argumenta tener sentimientos de culpa, por descuidar a su hija mientras ella hacía un trabajo voluntario para el Programa Nacional Wawa Wasi.

Caso Cielo

La abuela de Cielo, cuenta que su hija salió embarazada por ir a una fiesta, desconoce quién es el padre. La adolescente prefiere no hablar sobre cómo salió embarazada.

Caso Mario

La abuela atribuye que su trabajo voluntario en Wawa Wasi trajo como consecuencia que su hija saliera embarazada, dado que no le prestaba mucha atención.

Nacimiento

Las madres cuentan que inmediatamente después del nacimiento trajeron al niño al pecho, siendo una experiencia bastante valiosa, pero no entendían porque debía ser así o qué debían hacer cuando tenían al bebé a su lado. El contacto piel a piel es una práctica realizada por los establecimientos de salud inmediatamente después del parto,

pero cobra sentido cuando es informada antes del parto y la puérpera se encuentra tranquila por la compañía que tiene durante el parto o inmediatamente después.

Caso Mario

Jessica explicó que pudo dar de lactar de inmediato e intentó comunicarse con Mario, refirió que le miraba en repetidas veces y percibía que él se reía, situación que le hacía sentir que en verdad estaban conectados

Caso Julio César

Sofía explicó que no le pusieron en contacto con su piel, sólo se lo enseñaron de manera tosca y le dijeron "es hombrecito, mírale bien" y que eso fue todo. De esa forma, ella hizo una comparación con la experiencia posterior que tuvo en el hospital de Ventanilla; "te lo ponen cerca al pecho, permiten que lo observes recién nacido, le puedes besar recién nacido", refiere que esa experiencia la vivió con su siguiente hijo

Caso Luis Francisco

Luis Francisco nació el 12 de setiembre del 2010, en el Hospital de Ventanilla, en el mismo lugar donde hizo sus CPN, no tomó suplemento de hierro. Nos cuenta que cuando nació lo trajeron a su pecho.

Caso Sonia

Cuando di a luz, a la hora luego de cambiarla me la pusieron para que le diera pecho. Al inicio daba miedo porque era pequeña, pero sí tuvo contacto conmigo.

Caso Sergio

El parto fue inducido, no le explicaron que sucede en la inducción del parto. Ni bien nació el bebé, lo pusieron en su pecho," fue muy lindo tenerlo conmigo", cuenta la mamá, pero el bebé nació respirando rápido, se lo llevaron a observación y me lo trajeron al día siguiente, y le dieron fórmula.

En ninguno de los casos se menciona la presencia del padre durante el parto, como compañía de la madre, ni tampoco el contacto precoz del niño con el padre. Por el contrario, las madres refieren que no les permitieron que nadie las acompañara en el momento del parto.

Caso Rafael

No dejaron entrar a nadie en el momento del parto, ni por ser adolescente.

Lactancia

Al indagar sobre la interacción entre la madre y el niño en el período de lactancia materna, las madres refieren dificultades de tipo fisiológica y social respecto a dar de lactar durante los primeros meses de vida. Es así que en cuatro de los casos se reporta no haber amamantado al hijo(a) inmediatamente luego del parto por causas fisiológicas:

Caso Rodrigo

La mamá refiere que tuvo problemas con la lactancia materna y desde muy pequeño le dio fórmulas.

Caso Julio César

Sofía explica que cuando Julio César era bebé no pudo alimentarlo con pecho como ella hubiese querido.

Caso Sergio

El bebé nació respirando rápido, se lo llevaron a observación y me lo trajeron al día siguiente, y le dieron fórmula. Tenía pequeño el pezón, insistí hasta que lo cogió.

Caso Cielo

El día que nació su bebé se sintió un momento triste porque su mamá no estaba. También nos cuenta que su bebé le hizo una herida en el pezón, por lo que no quería darle pecho. Sin embargo, Cielo, tomó leche materna exclusiva los seis primeros meses.

La lactancia no es exclusiva de la madre, también se pudieron evidenciar casos en los que otras personas amamantaron a los bebés, en un caso una persona voluntaria que estaba en el hospital y tenía mucha leche y en otro caso, la madre y hermana de la adolescente madre.

Caso Sonia

Cuando me la acercaron no me salía leche; como no se llenaba con mi leche, entonces la señora del costado del cuarto del hospital le daba, porque a ella le salía bastante.

Caso Rafael

El bebe del cochecito empieza a llorar, la abuela le habla desde la cocina para que se calma, la hermana adolescente, saca al bebe del cochecito y lo carga suavemente le habla y está a punto de darle de lactar. La mamá de Rafael le dice, deja yo le doy tú

quédate con Rafael, le dice su hijo “anda con la tía” y Rafael calmado se va con su tía. Aquí sobra la leche, comenta la abuela.

Es notable rescatar que durante el puerperio existen mujeres dispuestas a apoyar a otras sin a veces conocerlas solo por el hecho de reconocer la importancia de la leche materna, es así que se ofrecen voluntariamente a lactar a otros bebes. Esta es una práctica que si bien anteriormente era más común pues como cuentan las abuelas, los niños alimentados por el mismo pecho eran conocidos como “hermanos de pecho”, el estudio ha podido identificar esta práctica que pareciera que se ha ido perdiendo pero aun están presentes en familias con vínculos afectivos estrechos o raíces más tradicionales.

Por otro lado, las prácticas del establecimiento de salud, como por ejemplo ofrecer sucedáneos de leche materna, pueden contribuir o no al establecimiento de la lactancia, en algunos casos es un apoyo, pero en otros casos es visto como un impedimento para la producción de la leche:

Caso Bibiana

Durante los primeros quince días, manifiesta que Bibiana se alimentaba con fórmulas nutricionales que una doctora del Centro de Salud donó para ella, dado que no tenía para comprar la leche y su condición de cesareada no le facilitaba moverse. Sin embargo, en el Centro de Salud le obligaban a que le diera de lactar, recuerda que las enfermeras le asistían para esa tarea.

Caso Rafael

Cuando nació mi bebé era muy llorón, lo trajeron al primer minuto, después de una hora y media no quería mamar, le habían dado fórmula.

Asimismo, en relación a las causas sociales se reconoce que la suspensión de la lactancia materna fue debido a que la madre no tenía tiempo para dar de lactar porque tenía que trabajar o terminar de estudiar.

Caso Mario

La mamá dice: "y ya luego le quité por el motivo que yo todavía no terminaba el colegio, y tenía que ir a terminar la secundaria".

Dado que desde los primeros meses, en las madres participantes, la acción de dar de lactar fue cortada por causas fisiológicas y sociales; podríamos suponer que se generó una situación de poco contacto físico para el bebé asociada a la lactancia materna. Lo que podría debilitar el desarrollo de un vínculo afectivo seguro entre el bebé y su madre. Esto replica lo descrito en investigaciones anteriores (Beebe & Lachmann, 2002; Field, 1990) sobre las consecuencias de reprimir el momento de interacción madre –hijo al dar de lactar. Con lo que supones que en madres con hijos(as) con retardo en su crecimiento se podrían presentar alteraciones del patrón de sintonía afectiva entre madre-hijo generado en el contacto por dar de lactar.

Otra de las dificultades en el periodo de lactancia exclusiva y continuada es cuando la madre no ejerce el rol de cuidador principal debido a que se encuentra estudiando o trabajando. En el caso de los niños diagnosticados con baja talla y que pasaban el día al cuidado de otras persona (vecina, familiar), no había un cuidador permanente y generalmente transitaban por el cuidado de distintas personas repercutiendo en su estado nutricional.

Estas circunstancias traen como consecuencia que disminuyan las lactadas y por tanto dejen de dar de lactar en periodos de tiempo más cortos. Sin embargo, en algunos casos pese a que eran cuidados por otros, los bebés lactaban durante la noche y exigían ser amamantados lo que permitía que haya producción de leche.

Caso Bibiana

Se observó que la mamá prefería primero dar de lactar antes de comer, a pesar de encontrarse en una edad donde ya debía de comer (1 año, 8 meses).

Bajo ese contexto representado por dificultades fisiológicas y sociales, durante el período de lactancia se reproducían modos de interacción caracterizados por un bajo nivel de contacto físico con el niño(a), poco contacto visual y limitada comunicación con este. Asimismo, estas conductas de poco contacto afectivo también se daban en el momento en que el bebé lloraba por comer:

Caso Bibiana

"Cuando me la trajeron [para darle de lactar] bueno yo no conversaba con ella".

"[Cuando lactaba] nada, nomás la miraba,… es mi primera hija…me miraba con ojos abiertos, lloraba también, más llorona era".

Algunas madres refieren que no sabían por qué sus bebés lloraban tanto, los calificaban de llorones, pero, les decían que era normal que llorara, sin embargo muy pocas veces sabían como calmar al bebé, la teta suele ser una forma de calmarlos.

Caso Rafael

Cuando nació mi bebé era muy llorón, lo trajeron al primer minuto, después de una hora y media no quería mamar, le habían dado fórmula.

Las formas de atención frente al llanto podrían describirse como un mecanismo de la madre para evitar acumular tensiones producto del llanto de su hijo y no necesariamente un mecanismo de interacción, para la madre se trata de calmarlo o distraerlo, no siempre de averiguar la causa y acompañar el llanto de su hijo o contener afectivamente a su hijo.

Esta descripción confirma lo desarrollado por Hoffman (2002) sobre el llanto del bebé como su lenguaje primigenio, dado que el llanto es el modo de llamar la atención de la madre y lograr que ésta atienda sus necesidades afectivas y fisiológicas. En base a ello, suponemos que en algunas madres, producto de su propio estado emocional o de estrés, parece no haber una distinción entre los tipos y significados del llanto, lo cual produce, según Hoffman, tensiones que acabarían transmitiéndose al bebé, complicando la relación entre éste y la madre.

Otra causa del llanto del bebé estaría relacionada a solicitar mayor atención cuando hay presencia de un hermanito menor que él que demanda mayor atención de la madre sobretodo para darle de lactar, porque las madres priorizan la lactancia en el menor y cortan la lactancia del mayor.

Caso Julio César

Aquello que disgustó a la madre de Julio César fue que era "llorón", refirió que exige atención cuando ella está cuidando de su hermanito menor.

Alimentación complementaria

Los patrones de interacción fueron descritos en relación a la interacción durante la alimentación en casa. En ese sentido, su contenido en el imaginario social de las madres se caracterizaba por una mayor interacción física, la cual consistía en pasar más tiempo con el niño en sus brazos:

Caso Bibiana

"La tenía todo el tiempo abrazada [cuando le daba de comer], no podía echarle porque lloraba".

De esta manera se va configurando la imagen ideal que tienen las madres sobre la forma de mostrar afecto a sus hijos durante la alimentación la cual está caracterizada por mantenerlos próximos a ellas mientras le dan de comer, impidiendo así que el niño explore, manipule y juegue con los alimentos.

Como parte del análisis se puede decir que si la madre tuviera más tiempo con el niño (a), ellos no exigirían exclusividad en el trato al momento de comer por tanto podrían estar más dispuestos a centrarse en la comida. Así mismo, en algunos de los casos, los niños que no pasan mucho tiempo con la madre durante el día, exigen al momento de la comida una atención compleja: un lugar especial, una comida en especial, por ejemplo.

Caso Bibiana

Bibiana le exige comida a través de una señales que ella entiende, "me", "me dice", dichas señales son atendidas de inmediato por la madre. Además, Diana señala que la engríe, algunas veces juega con ella mientras come, la lleva al parque y comen según la madre "comemos cualquier cosita allá".

Cuando se le preguntó si podía narrar alguna experiencia en el dar de comer, ella contó que su hija ahora le grita que quiere comer "me grita…que quiere comer pollo me dice, Pollo con papas me dice".

En uno de los casos donde el padre está presente en la familia, se señala que la niña no quiere comer, excepto que su padre le de la comida.

Caso Sonia

La mamá nos dice: "No, no deja que le den de comer, reniega cuando le dan, excepto que sea su papá, cuando le hace comer."

En un caso el abuelo cuenta que su hijo envía alimentos para su hijo, esto nos podría decir, que a pesar de la distancia existe una preocupación por el hijo.

Caso Rodrigo

El abuelo de Rodrigo, comenta y me muestra unas bolsas de leche que les manda su hijo de Chile, esas bolsas la comparten entre todos pero sobretodo se la dan a Rodrigo.

Otro aspecto importante observado durante la visita es la forma como se le da de comer al niño, aquí podemos resaltar el caso de Bibiana que es alimentada por la vecina.

Caso Bibiana

Bibiana quiere moverse, pero la cuidadora le dice ¡cuidado te caigas! Hay otros niños alrededor de la mesa que la observan (son los hijos de la cuidadora) Luego Bibiana se resiste a recibir el siguiente bocado, ella le amenaza diciendo "ahora te llevan, come", Bibiana llora un poco sin abrir la boca, luego abre la boca y sigue comiendo.

También es necesario resaltar la importancia de tener un lugar adecuado y seguro donde se le brinde los alimentos al niño.

Caso Bibiana

Bibiana está sentada sobre la mesa del comedor, no tiene un espacio especial para ella, la cuidadora está atenta que al moverse no se vaya a caer, y casi no la deja moverse.

En el caso anteriormente citado, se puede ver que la niña no tenía un lugar especial para comer, así mismo no contaba con un cuidador estable y tampoco tenía establecido qué comida había que darle.

Asociado a la interacción madre – bebé al momento de la comida, aparece en el discurso de las madres, el hablar con el hijo(a) en particular en situaciones donde este se niega a comer: Este hablar está mediado por el tono de las palabras y el contenido de ellas.

Caso Rafael

Rafael se sienta a comer, todo el tiempo le hablan, le dicen que coja bien el tenedor, que está rica la comida. Cuando se ensucia con la comida, le dicen que tenga más cuidado, y pide que traigan un trapo para limpiarlo. Rafael come bien pero sin embargo, le dicen que coman, sale de pronto una amenaza por parte de la tía, sino comes entonces te van a llevar.

Caso Luis Francisco

Luis Francisco se baja de la mesa, y la mamá lo vuelve a sentar, el ambiente se vuelve tenso, la mamá se pone más firme, debes comer, come, abre la boca, abre. Luis Francisco está temeroso y come unas cucharadas más.

Caso Bibiana

Mientras la cuidadora le sigue dando trozos de plátano esperando que lo mastique, Bibiana juega con un lapicero. La cuidadora le habla de manera imperativa, le da órdenes, ¡come!, ¡mastica!, la mira muy pocas veces. Cuando Bibiana se voltea, ella aprovecha para acariciar su cabello.

Bibiana ha comido cinco cucharadas, la cuidadora le dice “Me haces quedar mal”.

Es importante mencionar que la interacción aparecía también en circunstancias previas al acto de comer, es así que otra situación descrita son las señales reactivas de los hijos(as) por recibir alimentos. En ese sentido, las madres manifiestan responder con atención dichas señales a través de expresiones de afecto como miradas, vocalizaciones, sonrisas y una preocupación porque el hijo (a) comiese todos sus alimentos

Caso Mario

“A veces cantábamos y él también a veces no comía todo, pero tenía más ganas de comer”.

Caso Bibiana

“Ahora no (que ya se deja entender), ahora me pide, me grita, que quiere comer, que quiere comida que quiere comer pollo me dice”.

La exploración no es vista por las madres y cuidadores como un medio de acercamiento del niño a la comida sino, más bien, se le considera una barrera para que los niños coman, por un lado, socialmente no se permite jugar con la comida, mucho más aún en situaciones de pobreza; por otro lado, se considera también como una distracción que hace que el niño-a no se concentre en el acto de comer. La tensión que se ejerce entre el niño y la madre empeora el clima del momento de las comidas en lugar de armonizarlo.

Del mismo modo en algunos casos se observó que las madres reportan que esta preocupación porque el hijo(a) coma todo era también expresada al momento de mitigar la conducta exploratoria del bebé (jugar con la comida) durante la alimentación. Es

decir, a veces era mejor dejarlo jugar con la comida, porque entonces, se mostraba más dispuesto a comer.

De esa forma, en el imaginario de éstas madres parece que valoran la interacción como un recurso para lograr dar de comer, mas no como una forma habitual de expresión de cariño.

Posiblemente este hecho nos demuestra que los problemas de interacción madre-hijo durante la alimentación en casa están asociados a un mecanismo controlado de la madre por el dar de comer toda la comida. En esa lógica, otros estudios (Graves, 1976; Cravioto, 1975) confirman la relación entre la desnutrición y las dificultades en la interacción madre-hijo.

Entonces es posible suponer que las prácticas de interacción de las madres durante la alimentación en los hijos, resultan en una presencia de bajos niveles de conducta exploratoria en los hijos (as) y conducta de juego, interacción a distancia con la madre, mayor tiempo en brazos de esta, menor cantidad de interacción y menor atención –respuesta entre madres e hijos (as).

Caso Bibiana

La niña está al cuidado de una vecina, la vecina también cuida a un bebé de seis meses. Bibiana iba antes al Wawa Wasi pero como no tenía quien fuera a recogerla, optó por dejarla con la vecina. En ocasiones cuando la vecina tenía que salir a comprar, Bibiana quedaba a cargo de la hija de la vecina quien la cuidaba antes de ir al colegio, porque ella estudiaba por las tardes.

Caso Rodrigo

Al visitar a Rodrigo, el abuelo nos dice que está con una chica que lo está cuidando y acaban de ir al circo, debe estar haciendo la cola para entrar. Como el circo

está cerca, fuimos a buscarlo, lo localizamos en brazos de la cuidadora, ella le había comprado un helado. La mamá de Rodrigo nos comentó que inscribió a su hijo en Wawa Wasi pero estuvo poco tiempo porque no se acostumbraba, algunas veces cuando no tenía con quien quedarse se quedaba en casa de la tía (hermana del papá).

El juego

Si bien la presencia física del padre no es permanente y en la mayoría de casos se encontraba una ausencia de la figura paterna, en el caso de los padres que viven con los niños se encuentra que su interacción se vuelve más constante conforme el bebé va creciendo y sobre todo cuando ya camina, juega y habla.

Durante las visitas y observaciones no se logra ver al padre asumiendo prácticas de cuidado, pero se le observa jugando con su hijo y las madres señalan que sus parejas juegan con sus hijos y que los niños los imitan.

Caso Luis Francisco

La madre nos cuenta que su esposo no era muy apegado a Luis Francisco, pero conforme fue creciendo salen juntos, juegan y le da de comer.

En uno de los casos, encontramos a un padre adolescente que sentía mucha alegría de tener a su bebé y sobretodo de jugar y comunicarse con él. La pérdida de la figura paterna durante su infancia lo hacía valorar más la importancia de un padre, por ello decía que quería que su hijo crezca con su padre.

Caso Sergio

Su papá le dice vamos a jugar con la pelota, él saca una pelota y para jugar, la mamá le dice al papá siéntate en el suelo, el papá le lanza la pelota y Sergio va en busca de la pelota. Cuando tiene la pelota se la lanza con las manos dando un bote en el suelo.

El papá vuelve a patear la pelota, para que Sergio patee. La mamá le dice, ¡patea! ¡patea! El papá dice ¡asu! Cada vez que ve que su hijo patea la pelota, se alegra con él. De pronto, Sergio ya no quiere recoger la pelota, mira a su papá y su papá se aproxima a él y lo abraza.

Otro aspecto importante, es que el propio niño también se acerca al padre, inclusive lo imita, lo que hace que la madre sienta que el padre está presente a través de aquello que su hijo hace cuando imita a su padre.

Caso Dionisio

La madre narró que a Dionisio, le agrada agarrar las herramientas del trabajo de su papá y trata de imitar todo aquello que él hace "él está chancando, golpeando, todo lo que su papá lo hace él también…agarra la guincha y está midiendo".

5.3.2 El papel del cuidador en el sistema del cuidado entre escenarios del contexto

Las narrativas han permitido identificar que cada niño tiene diferentes escenarios de cuidado, en los cuales el niño y la niña reciben atenciones ya sea de la familia, de otros cuidadores de su comunidad, o de programas y servicios públicos existentes en la zona.

Estos escenarios están relacionados a la actividad que realiza la madre, al tamaño de la familia y a la disposición de otros cuidadores y servicios de cuidado diurno en la comunidad.

El siguiente cuadro resume los escenarios identificados, los responsables del cuidado del niño en cada escenario y las relaciones entre éstos.

VARIABLES	ESCENARIOS DE CUIDADO			
	FAMILIA	COMUNIDAD	SERVICIO DE SALUD	POLITICAS PÚBLICAS
Identificación del cuidador	Mamá, abuela o papá u otros miembros del hogar	Promotoras de programas sociales Madre cuidadora del wawa wasi Promotoras de ONG Visión Mundial	Obstetrices Enfermeras Médicos Técnicos en enfermería	Ministerio de la Mujer Ministerio de Salud Ministerio de Educación Ministerio de Trabajo
Interacciones	De los miembros de la familia hacia el niño.	De los actores comunitarios hacia el niño.	Del personal de salud hacia el niño.	Del Estado hacia el niño.
	De la familia hacia el cuidador principal.	De los actores comunitarios hacia el cuidador principal.	Del personal de salud hacia el cuidador principal.	Del Estado hacia el cuidador principal.
	Del cuidador principal hacia la familia.	Del cuidador principal hacia los actores comunitarios.	Del cuidador principal hacia el personal de salud.	Del cuidador principal hacia el Estado.

Escenario Familia

Los casos estudiados nos permiten conocer diferentes tipos de familia, en las cuales las mujeres cumplen un rol principal en el cuidado de los niños y niñas, pero al mismo tiempo también se observa la intervención de otros miembros del hogar, quienes están de apoyo mientras la madre trabaja o que, a pesar de su ausencia física mantienen comunicación.

La familia constituye un escenario permanente de cuidado, en la que sus miembros cumplen el rol de la atención del niño-a, liderado por la madre o por la abuela para el caso de las adolescentes.

La mujer constituye el principal referente de cuidado de los niños y niñas. Sin embargo, el cuidado no es exclusividad de la madre biológica porque dependiendo del tamaño de la familia, intervienen otros miembros, quienes se encargan del cuidado durante la ausencia de la madre o mientras ella realiza otras actividades.

Características del cuidador principal

Es necesario analizar más las características y las situaciones que están atravesando las madres para comprender su desempeño como cuidadoras de uno o más niños. Cuatro de las madres entrevistadas son madres adolescentes, que al momento de las entrevistas tenían entre 15 y 18 años.

En seis de los casos la madre señala que si vive con el padre del niño, sin embargo, salvo en un caso, no se ve el apoyo e interés del padre con respecto al cuidado de su hijo, por el contrario las madres manifiestan una sensación de soledad, tristeza o desamparo en durante la gestación. Un caso ilustra una situación de tristeza debido a la pérdida de la figura materna, un día después de enterarse de su embarazo.

Caso Bibiana

Empezó a contarme, cómo se enteró que estaba embarazada y la muerte de su mamá por esclerosis múltiple, cuando contaba empezó a llorar y me decía que se había sentido muy mal, se sentía sola, había días que llegaba a su casa y abrazaba a su hija y se ponía a llorar. También contó que el papá de Bibiana estaba lejos y no la llamaba.

En cuanto a sus actividades diarias, una de las madres estudia en el colegio, dos son amas de casa, en la mayoría de los casos las madres trabajan fuera de casa. En el caso de una de las madres se evidencia que participa en actividades sociales de beneficio comunitario, como el cocinar en el comedor popular.

Las actividades externas de la madre se convierten en limitaciones para asumir el cuidado de su hijo de manera permanente, sin embargo, pese a tener que asumir dichas actividades tales como culminar sus estudios o trabajar, tratan de lidiar su tiempo con el cuidado de su hijo, en tanto cuenta con alguna persona que se haga cargo de su hijo cuando ella no está.

Caso Mario

Asimismo manifestó que durante los primeros siete meses intentó estar siempre al lado de Mario. Detalló que le brindó lactancia materna hasta los 9 meses y que posterior a esa fecha tuvo que sustituirla otra leche, esto debido a que debía dedicar tiempo para terminar secundaria en el colegio local. Igualmente comentó que durante su período escolar, estaba en las mañanas con Mario y en las tardes tenía que asistir al colegio; sin embargo, el Director del colegio le concedía permiso para salir temprano de clases dado que conocía de su situación. Ella hizo alusión a que esta experiencia pudo haber sido "chocante" para Mario. Caso Mario

Caso Rafael

Asimismo recalcó que a pesar de trabajar actualmente, seguía dándose tiempo para comer con él. Así ejemplifica momentos en que llega de laborar en la madrugada y su familia la espera para tomar juntos el desayuno. La mamá cuenta que debido a que tenía que trabajar llevó a Rafael a un wawa wasi, pero fue por poco tiempo, porque Rafael no se acostumbraba y fue una mala experiencia.

Cuando la madre cuenta con otros hijos y está cansada, pide ayuda a sus hijos mayores para ayudar en el cuidado de su hijo más pequeño, sin descuidar su tiempo para brindarle cariño.

Caso Dionisio

Asimismo, hizo hincapié que a pesar de estar cansada por cuidar de tres hijos, no descuida a su hijo pequeño, en todo momento le brinda cariño, le abraza y le da un beso, detalló que él es muy cariñoso y que está acostumbrado a llamarla Sofía y a su padre le llama por su nombre "Martín".

En algunos casos surgen sentimientos encontrados en una de las madres adolescentes, que reflexiona sobre la importancia de estar con el hijo y cuidarlo a pesar de no tener tiempo para ello.

Caso Mario

Cuando se le aclaró acerca de cómo se sentía por esa demostración de autonomía de Mario, explicó que al inicio fue difícil aceptar la idea porque una madre siempre quiere estar con su hijo y cuidarlo como un bebé, incluso a pesar de que no tuviese mucho tiempo por el trabajo.

Toma de decisiones de la madre en el cuidado

La madre, diariamente, toma una serie de decisiones que impactan en el cuidado del niño-a. De acuerdo a los recursos con que cuenta, si tiene una red familiar presente y dispuesta a apoyarla, entonces lo deja en su misma casa al cuidado de su madre, hermana u otra persona de confianza, con ella acuerda que le va a dar de comer.

Sin embargo, cuando no tiene un apoyo familiar a disposición, entonces busca el apoyo de servicios de cuidado diurno que se encuentren cerca a su casa, en este caso, el wawa wasi, al cual llevar a su hijo en tanto se ajusta a sus horarios. Del total de los casos estudiados 8 de los 10 niños fueron a wawa wasi, dos de ellos por un tiempo corto y los otros estuvieron más tiempo.

Caso Mario

Ingresó a wawa wasi cuando tenía aproximadamente 7 meses y asistió permanentemente durante más de un año.

Caso Luis Francisco

La madre nos dice: “Decidí llevarlo al Wawa wasi porque no tenía quien cuide a mi hijo, demoró casi dos semanas en adaptarse.”

También deciden sacarlo del wawa wasi si ve que su hijo no se siente bien o si el horario no se ajusta al suyo.

Caso Bibiana

Bibiana asiste a wawa wasi por …. meses, sin embargo deja de ir porque el horario no se ajusta al horario de trabajo de mamá, no tiene quien la recoja, por ello decide que la vecina la cuide, sin embargo, luego de un tiempo, al comprobar que Bibiana no comía con la vecina, vuelve a llevarlo a wawa wasi.

Otra causa que se detectó en un caso fue que el servicio dejó de estar cerca por tanto no puede gozar del servicio.

Caso Rodrigo

Rodrigo ingresa a Wawa Wasi cuando ya estaba con diagnóstico de desnutrición crónica. La asistencia del Rodrigo al Wawa Wasi fue de 4 meses, lo que le permitió a Rodrigo adquirir diversas habilidades, tales como comer sólo, lavarse solo, jugar y llevar una rutina de descanso, de acuerdo a lo que nos manifiesta la coordinadora de campo del programa y luego lo reafirma la madre. Rodrigo dejó de asistir al Wawa Wasi, porque se cerró el Wawa Wasi por falta de asistencia de los niños.

Así mismo, cuando su hijo entra al Wawa Wasi, la madre evalúa cómo se siente el niño en el entorno y lo que espera es que le den la atención más personalizada que se pueda, con los recursos que tiene. En el caso que se cita a continuación la madre atribuye diferencias en el cuidado del niño por parte del Wawa Wasi, además señala que

en Wawa Wasi no le dedican tiempo exclusivo; por tanto, al tener la posibilidad de que se quede con su madre, opta por ello.

Caso Mario

Por su lado, Jessica narró que durante el tiempo que Mario asistía al Wawa Wasi fue diferente a lo que su hijo estaba acostumbrado en casa, asumió que esta diferencia pudo ser origen de tristeza para Mario, en particular porque no le dedicaban tiempo exclusivo. Es por esa razón que decide retirarlo y cuidar de él en casa con ayuda de su madre.

La madre puede delegar el cuidado y la alimentación de su bebé a otras personas, sin embargo en todos los casos ella asume la responsabilidad de la toma de decisiones.

No se ve la presencia del padre como coautor de las decisiones que tienen que ver con el cuidado del niño, tampoco existen otros familiares que asuman la corresponsabilidad del cuidado como una responsabilidad propia, solo en el caso en que la abuela reemplaza a la madre como cuidadora principal se ve que ella es la que asume también la toma de decisiones dentro de la gestión del cuidado del niño.

Si la madre no puede encargarse del niño (a) a lo largo del día. Ella decide, en base a los recursos con los que cuenta, si entra en el Programa Wawa Wasi o si lo puede cuidar su abuela o alguna vecina cerca de la casa.

La opinión de la hermana de la madre puede ser importante para comprender el estado nutricional, en el caso de Bibiana, la tía piensa que su sobrina solo repite lo que le pasaba a su mamá cuando era pequeña, puede ser una justificación del problema, o no comprender la magnitud del mismo.

Caso Bibiana

Las hermanas de la mamá de Bibiana dicen que la niña no come porque Diana(mamá de Bibiana) no comía cuando era pequeña.

La participación del padre

Como se señaló, el papel del padre como durante las entrevistas no se hace mención del padre como quien toma decisiones a cerca del cuidado de su hijo, pero sí está presente en algunos casos como parte del entorno de niño, con quien puede compartir y aprender en la dinámica del juego y la imitación

Características de los padres

Los padres tienen entre 18 y 51 años, todos trabajan, dos de los casos refieren que trabajan en el extranjero, en uno de los casos no hay contacto, mientras en otro caso sí existe comunicación y preocupación de parte del padre, quien envía leche para el bebé.

Uno de los padres refiere que él se crió solo con su madre, por ello "no quiere que su hijo crezca sin padre". Solo un padre participó en la entrevista, ya sea porque llegaba tarde trabajar o porque no vivían con los niños.

El no vivir con sus hijos limita la participación del padre, así como el estado en que quedan las relaciones con la madre del niño, en caso de haberse alejado. Los padres que viven con sus hijos trabajan por tanto no pueden cuidarlos en el día. Casi todos trabajan en labores eventuales, solo uno de los 10 casos cuenta con un seguro para él y para su familia.

Si bien el padre puede tener algunas iniciativas de cuidado como jugar con el niño o mandarle leche del extranjero, no es él quien toma o comparte las decisiones del

cuidado del niño. Incluso, las madres no refieren ni una vez que conversan o comparten las decisiones del cuidado del niño con el padre.

Las redes de apoyo

Se observó algunas madres tenían dificultades para contar con redes de apoyo familiar, siendo esta falta de apoyo un riesgo para el estado nutricional del niño o la niña.

La presencia de otros miembros del hogar con disposición para el cuidado facilita que la madre pueda salir a trabajar y traer el sustento diario, sin embargo, cuando no existe el apoyo familiar, la madre se ve en la necesidad de dejar a su hijo en los centros de cuidado infantil o al cuidado de una vecina.

Dichos cuidadores son quienes se encargan muchas veces de dar de comer y cuidar al niño mientras la madre no está. La madre, que estudia y trabaja, e incluso la que se queda en casa cuidando al niño, tiene redes familiares que alternan con ella en la atención a su hijo.

Características de las redes de apoyo

En el contexto familiar se han identificado otros actores en quienes la mamá puede confiar el cuidado de su bebé. La abuela del niño se vuelve la figura de referencia, mucho más en los casos de las madres adolescentes. El tener hermanas con hijos en casa también servirá de ayuda, así mismo los otros hijos de la casa ayudarán a la madre a cuidar del niño.

Dos de las abuelas de los niños han trabajado de promotoras de la ONG World Vision y del Programa Wawa Wasi, por tanto tenían conocimientos técnicos más sólidos sobre del cuidado de los niños, sin embargo se ve que dos de las madres se sienten afectadas por haber descuidado a sus hijas, en uno de los casos la señora señala que fue

por su trabajo voluntario en el Wawa Wasi, en otro de los casos no está clara la situación en la que su hija quedó embarazada, incluso no se sabe quién es el padre.

El haber pertenecido a una organización de cuidado infantil- ya sea PNWW o ONG World Vision- les daba seguridad para apoyar con mayor responsabilidad a su hija.

Caso Cielo

La abuela ha trabajado como promotora en el comité de Gestión de Ludotecas, financiado por Visión Mundial.

Cuando me enteré que mi hija estaba embarazada no sabía porque, había sido fruto de una violación y no sabe quién es su papá.

Caso Mario

Nos atendió su abuela, quien anteriormente había sido presidenta del comité de Gestión del Wawa Wasi, ella nos explicó que por descuidar su casa su hija mayor resultó embarazada, debido a ello renunció a todas sus actividades y ahora sólo se dedica a cuidar de la casa y de su familia.

Existen otras familias donde las abuelas aceptan con naturalidad el compartir el cuidado del niño con sus hijas, incluso en un caso se comparte la lactancia, ya que la abuela también tiene un niño pequeño.

Caso Rafael

Cuando la mamá deja a Rafael con la abuela y su madrina se porta bien, con otras personas no se acostumbra. Es uraño con otras personas llora. Desde bebe lloraba.

La mamá de Rafael le dice a su hermana, deja yo le doy (de lactar) a mi hermanito, tú quédate con Rafael, le dice su hijo anda con la tía y Rafael calmado se va con su tía.

Los familiares cercanos, la abuela y las tías constituyen una red de soporte en el cuidado del niño.

Caso Rodrigo

La mamá nos cuenta también que Rodrigo es tranquilo cuando está con su tía u otras personas. La madre lo lleva eventualmente a casa de la tía.

Caso Cielo

Yo (la abuela) estoy a cargo de la bebé, mi hija está estudiando el 5to, de media, hemos quedado que el otro año, ella se hará cargo de la bebe, va a trabajar para su hija. Tiene apoyo del director del colegio, estudiará una carrera corta, confección de calzado hasta diciembre.

Caso Sonia

Mi suegra me ayudaba (…) Antes también la dejaba con su tía, pero como ahora ya sé si sale a las 7, ya se está yendo al colegio entonces mejor me la traigo porque por ahí pasan motos, con ella también se acostumbró, sólo con el wawa wasi tuvo problemas.

En ocasiones la madre les pide a los hermanos mayores que también apoyen en el cuidado de los hermanos. En algunos casos es porque ellos se ofrecen a colaborar.

Caso Dionisio

Asimismo, la madre hizo hincapié que a pesar de estar cansada por cuidar de sus tres hijos, en todo momento le brinda cariño, le abraza y le conversa, detalló que él es muy cariñoso y que está acostumbrado a buscar afecto en ella "A veces estoy cocinando o estoy apurada, y él está por mis piernas. Le digo "ya hijito", le doy su abrazo y se va. Les digo a mis otras hijas que cuiden al bebé".

Así mismo las vecinas del barrio, se constituyen en una red de apoyo para la madre.

Sin embargo, al no tener las mismas costumbres de la familia, ni una cercanía especial con el niño (a) pueden comportarse como cuidadores indiferentes o poco empáticos.

Caso Bibiana

Después de primer año la madre comentó haber dejado a Bibiana a cargo de su vecina, quien le decía al final del día que Bibiana no quería comer.

El momento –de la comida-se pone tenso, Bibiana no quiere seguir recibiendo, voltea la cara, la cuidadora le dice "uno más", luego nuevamente la amenaza. Bibiana cierra la boca, aprieta fuertemente los labios, voltea la cabeza y llora. La cuidadora le da a la fuerza

Entre las limitaciones para el cuidado se encuentra en que los demás familiares trabajan al igual que la madre, por tanto sale fuera de casa a realizar sus labores. Es por ello que la madre debe matricular a su hijo (a) en el Programa Wawa Wasi o dejarlo al cuidado de alguna vecina.

En caso el niño asista al Programa Wawa Wasi o lo cuide alguna vecina, se encuentra un problema de falta de exclusividad para el cuidado del niño. Si el niño es cuidado en casa de un tercero, muchas veces no tiene un espacio propio para ser cuidado.

En cuanto a la toma de decisiones vemos que la red de apoyo sigue las decisiones de la madre, es decir, no toma decisiones por cuenta propia y luego se hace responsable de las decisiones. Por el contrario, se remite a las directrices que da la madres sobre el cuidado de su hijo (a) y hace lo que le dicen o deja de hacer lo que no le dicen.

Caso Bibiana

Ese mismo día, la cuidadora le ofreció un plátano con un poco de algarrobina a las 12:30pm, la cuidador a justifica que no le había dado de almorzar porque la tía no había enviado el almuerzo de Bibiana.

Sin embargo, las personas de la red de apoyo pueden tener una opinión en contra de la forma de crianza que tienen las madres con respecto a los niños.

Caso Rodrigo

Su tía y estaba preocupada por la salud de su sobrino, le había dicho muchas veces a su mamá y ella no le hacía caso.

La tía dijo que no le parecía bien que Rodrigo esté así (desnutrido) y le iba a pedir a la mamá que lo lleve a su casa, para que ella lo cuide.

En otras ocasiones sus opiniones se vuelven información para que los cuidadores tomen decisiones, aunque a veces se guíen solo de su experiencia o estén equivocadas en sus consejos de cuidado.

Caso Bibiana

La vecina es consciente que Bibiana no quiere comer, “me desespero porque no come”. Las hermanas de Bibiana dicen que la niña no come porque Diana(mamá de Bibiana) no comía cuando era pequeña.

Escenario Comunitario

En el escenario comunitario se encuentran los promotores de los programas sociales, quienes ofrecen su servicio de manera voluntaria y en el caso de las madres cuidadoras de los wawa wasi y las promotoras del programa Adiós Anemia reciben un estipendio.

Los programas sociales tiene una presencia bastante marcada en el distrito, por un lado porque brinda una atención a la madres y los niños pero por otro lado permiten que algunas personas, mayormente las mujeres, ejerzan liderazgo y tengan la oportunidad de asumir su responsabilidad.

Uno de los casos del estudio, en el que la madre del niño con DC era una adolescente, la abuela había sido presidenta del comité de gestión del PNWW, sin embargo, asumir ese cargo, había hecho que descuide la atención de su hija y cuando se entera que estaba embarazada, decide retirarse del cargo.

En ambos casos la participación en actividades comunitarias podría ser como una oportunidad de conseguir prestigio y reconocimiento de la comunidad, pero también podría estar siendo un riesgo en la calidad de cuidado que se les ofrece a las hijas sobre todo durante la etapa de la adolescencia, si la relación afectiva no estaba muy bien consolidad entre madre e hija.

Las visitas en los wawa wasi, permitieron conocer el comportamiento de la madre cuidadora y su relación con los niños y niñas del estudio. Generalmente en los

wawa wasi, los niños y niñas se mostraron bastante adaptados a las rutinas del programa, se les notaba también autonomía para comer y realizar su higiene. Cabe destacar que los niños del estudio que permanecieron en los wawa wasi mostraron una recuperación alrededor de los dos años de vida.

Los niños experimentan cierta de dificultad para adaptarse, pero a medida de que pasan los días, llegan a acostumbrase al nuevo ambiente.

Caso Dionisio

Dificultad para adaptarse al Wawa Wasi al inicio

Cecilia especificó que su hijo lloraba demasiado al inicio y que sintió tristeza de dejarlo, mas en el Wawa Wasi le recomendaron dejarle para que se acostumbrase.

Caso Julio César

Especificó que su hijo no dejaba de llorar las primeras dos semanas, pero que hasta el momento de la entrevista le gusta asistir.

Caso Luis Francisco

Decidí llevarlo al Wawa Wasi porque no tenía quien cuide a mi hijo, demoró casi dos semanas en adaptarse.

Caso Sonia

Yo la dejé en el Wawa Wasi al año y dos meses; la primera vez que la dejé lloraba, se desesperaba, quería salirse. De ahí la dejé dos, tres días, como mi suegra me ayudaba, empecé a trabajar y por eso la dejaba también en el Wawa Wasi, como trabajo hasta las dos, a qué hora iba a almorzar. Luego de dos semanas se acostumbró.

Incluso las madres refieren que sus hijos y nietos han adquirido independencia y que ahora realizan tareas por ellos mismos como comer, lavarse solo, entre otras tareas. Hay un reconocimiento al trabajo de las madres cuidadoras.

Caso Rodrigo

La asistencia del Rodrigo al Wawa Wasi fue de 4 meses, lo que le permitió a Rodrigo adquirir diversas habilidades, tales como comer sólo, lavarse solo, jugar y llevar una rutina de descanso, de acuerdo a lo que nos manifiesta la coordinadora de campo del programa y luego lo reafirma la madre. (Patricia, mamá de Rodrigo)

Caso Mario

en el Wawa Wasi le facilitaron que Mario pudiera comer sólo desde el año, (…)Puntualizó que la madre cuidadora encargada de él le decía que ya comía sólo y que era un niño "independiente", así mismo recordó que a Mario nunca le gustó usar pañal "sácame el pañal, esto no me gusta", precisó que esto demostraba su independencia.

Caso Sonia

Cuando me habla y me dice cosas nuevas, me siento feliz. Cuando le pregunto quién le ha enseñado, me dice que fue la mamá del Wawa Wasi.

En algunos casos el horario del Wawa Wasi no coincide con el horario de las labores de la madre. Por tanto las madres deben buscar redes familiares o comunitarias para organizar el cuidado del bebé.

Los centros de cuidado infantil le dan a la madre la tranquilidad de saber que su hijo está bien atendido mientras ella trabaja- sobre todo considerando su necesidad de seguir trabajando dado que en su mayoría no tienen soporte económico fijo. Sin embargo en algunos casos la madre atribuye diferencias en el cuidado que recibe su hijo

por parte del Wawa Wasi, además señala que en Wawa Wasi no le dedican tiempo exclusivo.

Caso Mario

Por su lado, Jessica narró que durante el tiempo que Mario asistía al Wawa Wasi fue diferente a lo que su hijo estaba acostumbrado en casa, asumió que esta diferencia pudo ser origen de tristeza para Mario, en particular porque no le dedicaban tiempo exclusivo. Es por esa razón que decide retirarlo y cuidar de él en casa con ayuda de su madre.

En los Wawa Wasi se observó el juego libre, en el que cada niño tenía la oportunidad de elegir un juguete. Sin embargo, no se llegó a observar el involucramiento de la madre cuidadora en los juegos de los niños y niñas del estudio.

Así mismo en el momento de la comida, se observa que algunos niños comen solos. Las madres señalan que la asistencia al Wawa Wasi genera independencia en los niños, pero también pareciera que el involucramiento de la madre cuidadora es bajo.

La madre cuidadora detecta quienes comen menos en el Wawa Wasi. Incluso ella sigue los horarios establecidos por el Programa para que los niños coman: hora de la fruta y no brindar alimentos que le traigan sus familiares.

Caso Mario

Abuela le lleva biberón al wawa wasi, pero la MC no le da porque si le da no come lo que le dan en wawa wasi. Sin embargo, la madre cuidadora precisa que no puede darle el biberón dado que luego pierde el apetito para el alimento que brinda el Wawa Wasi, por eso primero le da de comer y luego le ofrece el biberón.

Caso Mario

La madre cuidadora y comentó que Mario no suele comer mucho, nos hace una muestra con el plato con restos del alimento de Mario. Explicó que su abuela le trae todos los días un biberón con leche, porque llega sin tomar desayuno.

La permanencia de una misma madre cuidadora y el aseguramiento de la calidad de atención, mejora el estado nutricional de los niños que permanecen de manera continua en el programa por un largo periodo de tiempo.

Durante las observaciones al servicio de cuidado diurno, se observa muy poca interacción de las madres cuidadoras con las madres de los niños, por un lado, porque cuando los dejan por las mañanas, no tienen tiempo de conversar y durante el recojo son otras personas las que recogen o los hermanos mayores, con quienes la madre cuidadora no conversa,

Otros programas sociales como el Programa Integral de Nutrición, el Programa Adiós Anemia, el Programa del Vaso de Leche o los comedores populares casi no fueron mencionados por las madres entrevistadas, a pesar de que sus hijos recibían beneficios de estos.

Se destaca la presencia de la ONG Visión Mundial quien brindó charlas de estimulación del bebé, las cuales facilitaron que las madres interactué con sus pequeños

Caso Dionisio

En el transcurso mencionó que tuvo estimulación de un programa de Visión Mundial; refiere que le llevaron a capacitarle para estimular al bebé, conversarle. Ella aseguraba que el bebé le escuchaba. Le proporcionaron, además, instrumentos para llevar a casa y practicar con el bebé.

Argumentó que Dionisio le gusta explorar y jugar, debido a que ella le dio estimulación desde su embarazo.

Si bien los programas sociales, permiten que muchas mujeres tengan acceso a la información sobre el cuidado infantil, no es suficiente la información, porque también es necesario apoyar a las mujeres en desarrollar sus capacidades para mejorar su autoestima, tomar decisiones de acuerdo a su proyecto de vida, entre otras habilidades sociales.

De los casos estudiados todos los niños tuvieron la oportunidad de acudir los servicios de salud, en algunos casos hicieron uso de los Hospitales para el parto y del Centro de Salud para el control de crecimiento y desarrollo. Solo un caso se hizo usos de los servicios de ESSalud.

Respecto al programa Adiós Anemia, se pudo observar la presencia de promotoras de la municipalidad, quienes visitan a las madres para asegurarse que los niños estén consumiendo el suplemento de hierro. Este programa impulsado por el municipio, tuvo un corto tiempo de duración.

Escenario del Servicio de Salud

La interacción entre el personal de salud y los niños que asisten al servicio, empieza con la calidad del servicio, es decir el trato que se le brinda al niño, la información que se le da a la madre, los registros de datos y la calidad de las evaluaciones que realiza para detectar el riesgo o los daños que pueda tener el niño.

Los datos obtenidos de las HC y las observaciones nos muestran que la calidad del servicio en los establecimientos de salud, con respecto al diagnóstico y tratamiento de la desnutrición es de deficiente, por ello a pesar que la madre lleva al niño de manera permanente al servicio de salud, no se identifica a tiempo el problema y no se le brinda a la madre las orientaciones o seguimiento necesario para mejorar su estado nutricional.

Caso Mario

De acuerdo a los datos de su historia clínica, Mario asistió a 6 controles en su primer año de vida, el servicio de salud no identifica a tiempo la DC, debido a que no realizan bien el diagnóstico nutricional.

Caso Luis Francisco

También lo llevó al seguro cuando estaba mal de los bronquios, el doctor me dijo "que su papá es chato (bajo) por eso no me preocupe por su talla."

Caso Bibiana

También se observa que después del 9no mes deja de asistir al establecimiento de salud y vuelva a la año y dos meses. Pese que al octavo mes ya tenía retardo de talla, el establecimiento de salud no identifica el problema porque hasta diciembre del 2010

Las madres de los niños con problemas nutricionales reciben apoyo a través de la entrega de alimentos y por medio de la consejería nutricional.

Caso Rodrigo

Ambos casos el diagnóstico fue desnutrición crónica y aguda, por lo cual recibía una canasta de alimentos otorgados por el Programa de Asistencia Alimentaria. (Patricia, mamá de Rodrigo)

La consejería se centra en la alimentación, el mensaje es que coma más, que coma de todo, se indaga poco sobre las causas de la desnutrición crónica.

Caso Julio César

Precisó, además que cuando asistía a sus controles CRED, la enfermera le recomendaba darle carnes rojas, leche; sin embargo encontraba dificultad en ello dado que a Julio César agradaba sólo de mazamorras y papillas

Caso Dionisio

Precisó, además que cuando asistía a uno de los controles CRED de Dionisio, en un momento le diagnosticaron que tenía baja talla; sin embargo ella argumentó a la enfermera que estaba comiendo todos sus alimentos como debería ser y que asistía a las reuniones del Wawa Wasi, así como que Dionisio era constante en el Wawa Wasi con un horarios de lunes a viernes.

Luego de esa visita, en el Centro de Salud le aconsejaron que debiera consumir más hierro; por esa razón Cecilia tomó el hábito de enviar queso e hígado al Wawa Wasi para que le diesen de comer.

Existen otros problemas en cuanto a la atención de los establecimientos de salud. Dichas experiencias van marcando el vínculo de los servicios de salud en el cuidado infantil, es decir van ganando la confianza o desconfianza de la madre, según sea el caso.

Uno de los niños presentó un problema a raíz de la aplicación de una vacuna y por ello, dejó de ir al servicio de salud y decidió no vacunarlos más. La madre señala que “casi mataron a su hijo” porque le inyectaron iocina.

Caso Luis Francisco

Luis Francisco nació con buen peso y buena talla, sin embargo, por un problema con una de sus primeras vacunas, la madre decidió no vacunarlo más.

(…)

La madre refiera que hace un mes atrás se enfermó de cólicos, lo atendieron en el seguro (ESSALUD), casi lo matan porque le inyectaron iocina.

La madre, además de esta evaluación de costo-beneficio de llevarlo al centro de salud, realiza también una revisión personal del estado del niño, para ver su evolución y la decisión final que debe tomar para llevarlo a un establecimiento de salud o no. Es decir que cuando la madre observa que su hijo está bien opta por no llevarlo al centro de salud.

Caso Rodrigo

La madre decide no llevarlo al Centro de Salud porque lo ve bien

No lo ha vuelto llevar al centro de salud, dice que ve bien a su hijo y que está creciendo bien. (Patricia, mamá de Rodrigo)

Caso Rafael

La mamá veía que Rafael estaba bien y no necesitaba llevarlo al centro de salud, Caso Rafael

Existen limitaciones del cuidado que brinda el servicio de salud: algunas referentes al acceso a los centros de salud, a la calidad de los servicios, al trato del personal. Pero también existen fallas asociadas a la gestión de la información como parte de las decisiones oportunas que toma el centro de salud para cuidar al niño y aconsejar a su madre para que optimice el cuidado.

La mayoría de los niños asistieron a sus controles de CRED durante su primer año de vida, disminuyendo la asistencia en el segundo año de vida. El estudio identificó factores críticos en los servicios de salud, que interfieren en la identificación temprana

de los casos de desnutrición y en la intervención que asumen una vez identificado el caso.

Entre los factores críticos identificados están:

a) Fallas en la evaluación antropométrica, a pesar de contar con equipos antropométricos adecuados.

b) Fallas para determinar el diagnóstico nutricional utilizando los patrones de referencia normados por el Ministerio de Salud. Es necesario tener en cuenta que el estudio se realizó durante el tránsito entre el uso del patrón de la NCHS y el uso del patrón de la OMS, este tránsito ocasionó confusiones en el personal de salud para hallar adecuadamente el diagnóstico nutricional de los niños.

c) Historias clínicas con información incompleta, poca claridad en los datos. Comparando los datos entre un control y el siguiente muchas veces tenían grandes diferencias que pueden ser atribuidos a un mal registro de datos, por tanto afectaban el diagnóstico del niño(a).

d) La información nutricional de los niños y niñas del estudio permite observar que a pesar que las madres los llevaron a sus controles, no se identificó oportunamente el problema, sus causas y tampoco se realizó una intervención adecuada.

e) Las evaluaciones realizadas por el Centro de Salud en coordinación con el Programa Wawa Wasi, no formaba parte de la historia clínica del niño, en muchos casos la información que daban al programa era diferente a la que tenía la HC, en otros casos, los niños solo contaban con la información del programa y no habían ido al establecimiento de salud.

Al revisar las historias clínicas y las tarjetas de CRED de los niños se constata que el servicio de salud tiene deficiencias en la toma de datos para un seguimiento coherente del estado nutricional.

Caso Rodrigo

La curva de crecimiento de Rodrigo muestra inconsistencias, debido a la precisión del peso y la talla tomado en cada control.

Caso Bibiana

En relación a la historia clínica de Bibiana, observamos que Bibiana acudía a sus controles desde mayo del 2009; sin embargo no se encuentran datos previos a esa fecha, que se obtuvieron de la tarjeta de CRED.

Caso Luis Francisco

Luis Francisco no cuenta con historia clínica en el Centro de Salud Mi Perú, él es atendido en el Seguro Social, pero la madre no cuenta con su tarjeta de CRED.

También existe duplicidad de la información, incluso siendo del mismo establecimiento de salud –se evalúa al niño en el mismo centro y en el Wawa Wasi. La evaluación no permite identificar a tiempo el riesgo nutricional para actuar oportunamente ya que en varios casos los datos obtenidos en ambos lugares son diferentes, o se evidencia una clara equivocación entre los datos de dos meses continuos de un mismo niño-a. Dichos errores se pueden generar al copiar la información del niño en los formatos, ya que son varios, todos se copian a mano y deben ser copiado muy rápido cuando el niño sale de su consulta.

Caso Bibiana

Pese que al octavo mes ya tenía retardo de talla, el Establecimiento de Salud no identifica el problema porque hasta diciembre del 2010, aún se usaba el diagnóstico utilizando como referencia el patrón de la NCHS. El problema de DC se identifica cuando va al Wawa Wasi.

La curva de crecimiento de Bibiana muestra inconsistencias, debido a la imprecisión del peso y talla tomado en cada control. A los 6 meses de nacida ya mostraba señales de riesgo nutricional por su talla baja, además se pudo notar que Bibiana asistía al Centro de Salud por otras razones más allá de su control CRED. Esta Inconsistencia de datos confunde a la madre, ya que no se valoriza la información para identificar oportunamente el problema y hacer un seguimiento del estado nutricional.

Caso Mario

Durante su segundo año de vida, Mario es controlado por el establecimiento de salud durante su permanencia en Wawa Wasi y en las fechas que acude al establecimiento de salud, sin embargo los datos de su historia con los datos de Wawa Wasi no coinciden. A los15 meses recién el centro de salud lo identifica con DC, a pesar que antes lo había identificado en Wawa Wasi.

Caso Luis Francisco

En el Wawa Wasi detectaron la DC cuando ingresa programa, sin embargo, cinco meses después es evaluado por el CS mi Perú y tiene un diagnóstico normal, sin embargo, no se puede afirmar que el diagnóstico sea real, dado que de un mes a otro, no es posible que un niño a esa edad suba 5 cm.

Asimismo, como señaló, el servicio de salud otorga una canasta de alimentos a niños identificados con desnutrición crónica, se contaba con una relación de niños a los

cuales les brindan el alimento, también tenían sus direcciones para hacerles seguimiento, sin embargo es casi imposible de localizarlos debido a que las direcciones no son estaban bien registradas. Esto impide la realización de un monitoreo permanente y de calidad para asegurarse de que los niños consuman el alimento ofrecido por el establecimiento de salud e identificar en el hogar causas asociadas a su malnutrición.

Es decir no se observa un seguimiento individual de cada caso y un proceso de acompañamiento progresivo del crecimiento y desarrollo de los niños.

La madre tiene una opinión personal –construida en base a su bagaje cultural, a la información recibida de los especialistas en salud, etc -sobre el estado del niño y las razones por las cuales cayó en el estado de desnutrición.

Estas razones están muy relacionadas a la falta de lactancia materna, a la inapetencia del niño-a y/o a las enfermedades que le han atacado en sus primeros meses de vida. Una de las madres relaciona el problema de desnutrición crónica a las discusiones familiares que tenía con su esposo.

Caso Mario

Mario era un niño algo difícil para dar de comer; sugiere que la presencia de desnutrición crónica en un momento de la vida de Mario pudo haber tenido relación con esta dificultad en la medida que no sabía cómo motivarlo para que coma.

Jessica explica que es porque Mario tuvo lactancia materna corta. El mismo argumento es usado para explicar el por qué Mario no pudo engordar más. Precisó además que hasta los 7 meses Mario estuvo bien en sus controles CRED; luego de este momento comenzó a bajar de peso.

Caso Julio César

Se le preguntó por qué creía que Julio César tenía, hasta el momento de la entrevista bajo peso y talla; Sofía explica que cuando Julio César era bebé no pudo alimentarlo con pecho como ella hubiese querido

Caso Luis Francisco

La mamá también cuenta que cuando tenía problemas con su esposo, no era fácil que coma. Nos dice que su hija que tiene 4 años, come, su esposo no era muy apegado a Luis Francisco, pero conforme fue creciendo salen juntos, juegan y le da de comer. También nos dice que un niño pequeño asimila los problemas, por ello, piensa que los problemas pueden ser la causa del retraso en el desarrollo de Luis Francisco, aún no habla bien.

Interacción de la madre con los servicios de salud

La madre es la que tiene un mayor acercamiento al servicio de salud desde que acude a sus controles prenatales y posteriormente cuando lleva a su niño al control del crecimiento y desarrollo. Las experiencias positivas o negativas que recibe en dichos establecimientos repercuten en sus respuestas para actuar frente a la salud su niño, así mismo la información que recibe sobre el estado de su hijo le hará pensar sobre sus prácticas cotidianas.

Desde el momento en que las madres se enteran que están gestando acuden a sus controles de embarazo, incluso las adolescentes.

Caso Sonia

Cuando me enteré me fui a comprar sus cosas, me fui al centro de salud a controlarme, a comer más, tomar vitaminas.

Caso Rodrigo

Durante el embarazo, asistía a sus controles y a la psicoprofilaxis, allí le enseñaron a comunicarse con su bebe, "me decían que le hablara y le decía que estaba bien".

Cuando el niño-a nace, la madre lo lleva al establecimiento de salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo – si no lo puede llevar ella, lo lleva algún otro familiar. La mayoría de los niños asistieron a sus controles de CRED durante su primer año de vida, pero su asistencia disminuyó en el segundo año de vida, posiblemente esto se debe a que la madre asume llevar al niño a sus controles durante el primer año de vida, porque además del control recibe las vacunas.

Caso Mario

La abuela de Mario la acompañaba a cada Control de Desarrollo [CRED] de Mario, incluso cuando Jessica no podía acudir ella lo llevaba.

Caso Rafael

Rafael cuenta con su tarjeta de CRED y tiene las vacunas completas para su edad, fue identificado por el programa Adiós Anemia, sin embargo, no volvió a recibir las chispitas, ella prefirió comprar un multivitamínico para su hijo.

Entre los factores de decisión de la madre para llevar al niño (a) al centro de salud, se encuentra la accesibilidad a este. Las madres manifiestan dificultades para acceder a los servicios de salud, por ejemplo para sacar cita en los establecimientos de salud hay que ir a tempranas horas, sin importar que el niño muy pequeño; esto, unido al frío en tiempos de inverno y considerando que las madres han señalado que varios de sus niños tenían problemas respiratorios como asma o bronquitis, se convierte en una barrera para que el niño reciba atención en el centro de salud.

Caso Rodrigo

No lo llevaba al Puesto de Salud Mi Perú porque había que madrugar para sacar cita. (Patricia, mamá de Rodrigo)

Otro de los factores de decisión para que la madre siga llevándolo es que pueda obtener una atención de calidad, que ella sienta que beneficia al niño (a). Cuando la madre acude a los servicios de salud espera obtener una atención inmediata y concreta, sabe que tiene que llevar al niño al servicio y se prepara para ello, espera su turno para ser atendida y llevar algo que beneficie a su niño. Sin embargo, a veces pasa por el servicio sin que quede con claridad el mensaje del personal de salud. El niño es visto de manera rápida, no es reconocido por su nombre y cada vez que la madre lleva a su niño al servicio es tratado como si fuera la primera vez.

También señalan que se les trató con malas maneras y en el caso de las adolescentes, ellas refieren que se les trató "como adultas". Es decir que no se les trató con mayor cuidado dada su condición de menor y dada su inexperiencia.

Caso Rafael

No tuvo una atención especial por ser adolescente. No dejaron entrar a nadie en el momento del parto, ni por ser adolescente

Caso Sergio

Lo que no le gustó fue el parto, le dolió mucho y las enfermeras asustaban, fue horrible nos dice la mamá.

Su mamá le decía que hacer. En el centro de Salud no explicaban, la mamá le apoya.

Caso Cielo

Nos cuenta también que la posta de Mi Perú la trataban un poco tosco durante sus Controles Pre Natales.

Caso Mario

Narró estar alerta del cuidado de Mario; así que no se fía de la atención y diagnóstico del puesto de salud "los del puesto de salud, te asustan, dicen que está muy chiquito de tamaño, pero yo sé que más adelante crecerá".

Existen casos donde la calidad de la atención no solo fue deficiente, sino que perjudicó la salud del niño por errores del personal de salud, según manifiestan las madres.

Caso Luis Francisco

Nació con buen peso y buena talla, sin embargo, por un problema con una de sus primeras vacunas, la madre decidió no vacunarlo más.

La madre refiera que cuando tenía 18 meses se enfermó de cólicos, lo atendieron en el seguro (ESSALUD), casi lo matan porque le inyectaron iocina.

La madre confía en su propia percepción del niño, sobre todo cuando ya tiene otros hijos. Por tanto si el niño (a) parece estar desarrollándose de manera normal, la madre puede interrumpir las visitas al Establecimiento de Salud, a menos que existan algún signo de alarma.

Caso Rafael

La mamá veía que Rafael estaba bien y no necesitaba llevarlo al centro de salud, además ella no tenía tiempo para llevarlo, por lo que en la mayoría de las veces lo llevó la abuela.

Escenario de Políticas Públicas

En esta parte analizaremos el aporte de las políticas públicas al cuidado del niño en los diferentes escenarios.

Existen leyes internacionales y nacionales que norman y respaldan el cuidado de los niños desde la gestación. Algunas están relacionadas a las leyes laborales del país – lactancia, paternidad y maternidad-otras

Las políticas públicas dirigidas a las gestantes y lactantes están orientadas a favorecer a las gestantes y lactantes que se encuentran trabajando formalmente, la mayoría de las mujeres que tienen un empleo temporal o informal no gozan del descanso prenatal y postnatal, por el contrario deben asumir su estado gestacional con la incertidumbre constante de saber que si no trabaja no podrán mantener al nuevo ser, es decir que, cada día invertido en el cuidado de sus bebés se convierte en un día en que la madre no percibe ingresos. Este hecho se agrava, ya que en la mayoría de casos analizados no hay una figura paterna como rol proveedor, sino es la mujer o los padres de la adolescente quien asumen su manutención y la del bebé Sólo en uno de los casos, la madre gozó del subsidio por maternidad y lactancia, debido a que su esposo estaba afiliado a ESSalud. Las madres de los niños del estudio nunca gozaron de los beneficios sociales porque la ley se limita al sector formal.

Como se señaló anteriormente, el Perú aún no ha ratificado el aumento de la maternidad a 14 semanas, tanto para empleadas del sector formal como del informal, propuesta por la OIT en el año 2000. Aún queda mucho por caminar en cuanto a los

avances en la legislación laboral que proteja los derechos de hombres y mujeres para gozar de una paternidad y maternidad completa, y sobre todo donde el niño pueda desarrollar de manera adecuada sus apegos.

En los casos estudiados, vemos que no todas las gestantes tuvieron una atención del parto adecuada que permita por ejemplo la participación de un familiar que brinde apoyo o que exista un trato diferenciado por ser adolescente.

En el caso de las adolescentes por ejemplo, se menciona un apoyo de la escuela ante la situación de embarazo: la alumna puede continuar e incluso salir un poco antes, sin embargo no se ve el mismo apoyo para que la joven madre de lactar a su hijo. Este apoyo no se da ni de parte del colegio ni de sus padres, quienes anteponen el trabajo de esta madre a su presencia en casa para la lactancia del niño.

Normas y directrices del Sector Salud

Los casos estudiados nos muestran que los niños nacidos entre el año 2008 y 2009 tuvieron una atención de parto diferente a los que nacieron a partir del 2010, la diferencia radica en que a partir de dicho año, en los hospitales se práctica el contacto piel a piel, prácticas fundamentales para la madre, y aún a pesar de que las madres no recibieron información y preparación psicológica, el momento fue crucial para el acercamiento con su bebé.

Las normas técnicas del sector salud referidas a la evaluación nutricional y que están contenidas en la norma técnica de CRED, permite observar los cambios en los patrones de referencia, debido a que todos los niños y niñas estudiadas nacieron antes del 2010, por ello se usó el patrón de referencia anterior, que limitó la identificación oportuna del riesgo nutricional. Asimismo, existen diferencias en la frecuencia de los seguimientos de los niños, la nueva norma incluye un mayor número de controles, los cuales mejoraría el seguimiento individual.

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre la norma anterior y la norma vigente respecto a la periodicidad de los controles.

Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo

Normas del Ministerio de Salud- MINSA

Grupo Etáreo	RM No. 292-2006/MINSA		RM No. 990-2010/MINSA	
	Nº de Controles	Periodicidad	Nº de Controles	Periodicidad
Recién nacido	2	Al 2º día del alta y 7º día de nacido	2	Al 2º día del alta y 15º día de nacido
De 0 a 12 meses edad	6	Al 1m, 2m, 4m, 6m, 7m y 9 meses edad	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses edad	4	A los 12m, 15m, 18m y 21meses de edad	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22 meses.
De 24 a 59 meses de edad	2 por año	A los 24m, 30m, 36m, 42m y 48 meses de edad	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

Otro cambio que tiene la norma vigente, es el referido al diagnóstico nutricional, el cual se establece ahora con el patrón de referencia de la OMS en vez del patrón de referencia de la NCHS.

El proceso de implementación de la norma causó una serie de inconvenientes para el personal de salud, confusiones en la evaluación, el uso de instrumentos nuevos, Si bien no justifica esta etapa una baja calidad de los servicios, se pudo evidenciar en el estudio que esta etapa perjudicó la detección temprana de la desnutrición en los niños del estudio.

Los programas estratégicos que promueven la salud materna neonatal y la reducción de la desnutrición crónica son un avance importante, sin embargo, es

necesario que se realice una atención individualizada que permita un apoyo pertinente a la gestante y su continuidad durante los controles de crecimiento y desarrollo.

El plan nacional de acción por la infancia (PNAIA), instrumento marco de política pública sobre niñez y adolescencia más importante del país es reconocido a través de la Ley Nº 28487 promulgado en el año 2002, presenta un conjunto de resultados orientados a la madre y el niño, que se complementan con el Plan Nacional de Apoyo a las Familias (2004-2011) , sin embargo, ambos planes han estado bastante divorciados entre sí, lo que no ha permitido una intervención adecuada a la familia y especialmente a la mujer.

Siendo la crianza asunto colectivo ha sido muy poco lo que se ha podido generar en las políticas para lograr la corresponsabilidad social de los diferentes actores sociales, sin embargo, hay experiencias realizadas en zonas rurales de participación comunitaria, los centros de Vigilancia Comunitaria, evidencian que es posible lograr que la población asuma de manera colectiva el acompañamiento de la gestante y la familia de niños y niñas de 0 a 3 años.

La ausencia del padre es recurrente en los casos estudiados, sin embargo no hay ninguna mención a juicios por alimentos para que los padres se hagan responsables de sus hijos. Incluso en uno de los casos se menciona que la niña no fue reconocida por el padre en la partida de nacimiento pero la madre no se llevó a cabo ninguna acción legal para reclamar el derecho de su hija.

Al ser una población de escasos recursos, no cuentan con abogados para tener asesoría legal en estos temas de gran importancia para las oportunidades del niño – en el presente y en el futuro.

Caso Bibiana

Cuando Bibiana tenía 6 meses de nacida, la volvió a ver, refiere que le tomó fotos. Nuevamente se fue a Chile y no llegó a firmar la partida. Hasta la celebración del día de la madre del 2010, él regreso pidiendo disculpas y desde esa fecha no le ha vuelto a ver.

5.3.3 Interacciones vinculares identificadas en los sistemas de cuidado

De acuerdo a las condiciones de pobreza descritas en la caracterización demográfica del estudio, al inicio del capítulo 7, se encuentra en todos los casos una situación económica precaria que genera cierta vulnerabilidad en la madre y el niño y, a la vez, configura el sistema de cuidado del niño (a) . En los casos que existe ausencia de la figura paterna, su apoyo económico nulo o casi nulo agrava esta situación y aumenta la urgencia de trabajar de la madre. Según los casos analizados, el ingreso económico que ella percibe no solo sirve para mantener a su familia directa, sino que es un aporte necesario para la manutención de sus demás familiares porque se comparten los gastos.

Las madres entrevistadas trabajan fuera de casa en empleos que no requieren un nivel de estudios superiores – como teleoperadora, o anfitriona. Cabe destacar que existen oportunidades de trabajo para las madres jóvenes-incluso en turnos de noche o madrugada- sin embargo este empleo se da en condiciones precarias: la oferta laboral se da en las zonas comerciales, lejos de sus viviendas, no es estable, no cuentan con seguridad social y/o las jornadas de trabajo exceden las ocho horas; lo que no favorece el cuidado del niño por la propia madre. Así mismo la necesidad de concluir la escuela es otra de las razones que puede alejar a la diada madre- hijo(a), incluso durante el periodo de lactancia.

Ya sea porque la madre debe estudiar o trabajar, cuando ella no se encuentra permanentemente cerca del niño recurre a otros cuidadores temporales que puedan ayudarla. Por ello, es importante no centrar únicamente la atención en la diada madre-

niño (a), sino considerar la participación de los múltiples cuidadores presentes durante los primeros años de vida, a quienes nombramos como la constelación del cuidado.

El sistema del cuidado está conformada por las redes familiares o personas cercanas a la vivienda de la madre así como personas e instituciones que forman parte de la oferta de servicios: centros de cuidado infantil, establecimientos de salud, organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales existentes en la zona.

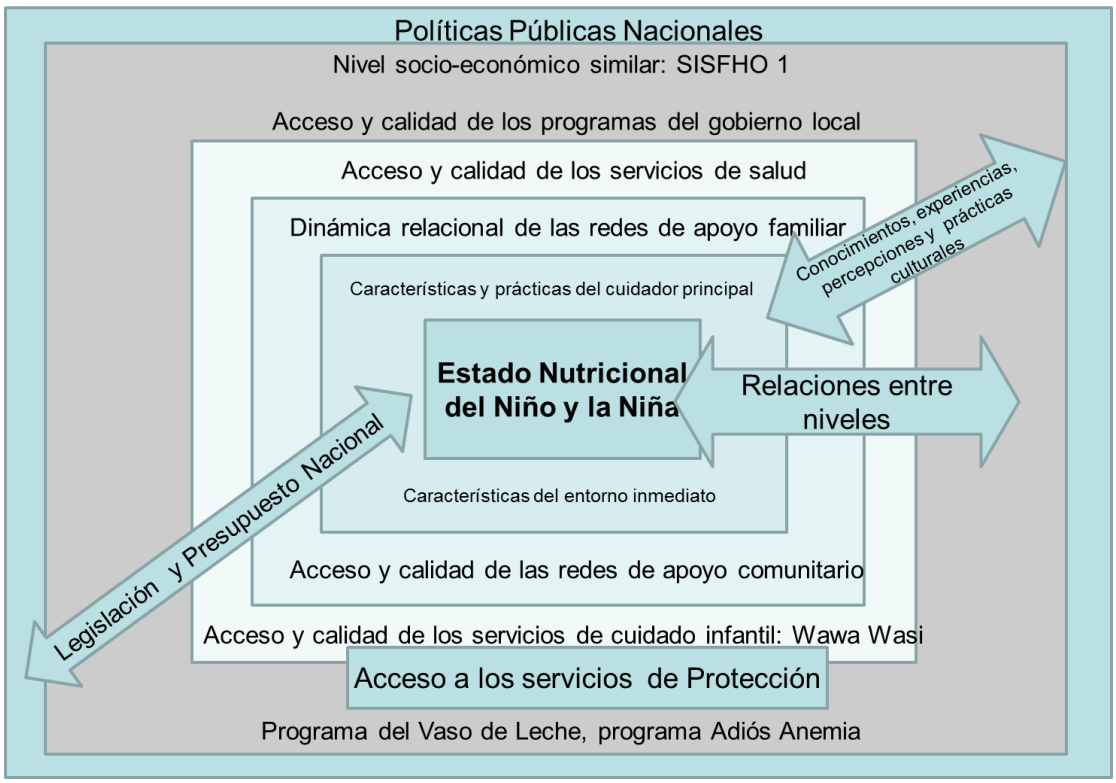
A pesar de la presencia de varios cuidadores es importante rescatar que el rol de gestor del cuidado siempre recae en una misma persona, la madre o en caso de las madres adolescentes, en la abuela. Toda la responsabilidad recae con mucha fuerza en la mujer, en el caso del padre, como veíamos en el análisis de resultados, su presencia no es estable y no se observa que éste se sienta responsable directo del cuidado del niño.

El sistema de cuidado al interior de la familia es dinámico, va variando y transformándose a través del tiempo, ya sea por la pérdida de algún cuidador o por la aparición de otros.

Conformación del sistema de cuidado

La conformación del sistema de cuidado se da a partir del número de cuidadores y las interacciones o relaciones entre ellos, el cuidador principal y los niños, que da lugar a la formación de vínculos entre cada uno de ellos.

Es a partir de cada uno de los actores y escenarios presentes que se ha graficado a partir del modelo de Urie Bronfenbrenner cómo ocurren las interacciones vinculares.



El gráfico anterior nos permitió construir, cómo conforma el sistema del cuidado, identificación de los diferentes cuidadores y los actores involucrados en el cuidado del niño (a). Así mismo, el niño (a) puede pertenecer por un tiempo a un programa de cuidado infantil y luego salir de su lista de participantes, como en el caso de los Wawa Wasi.

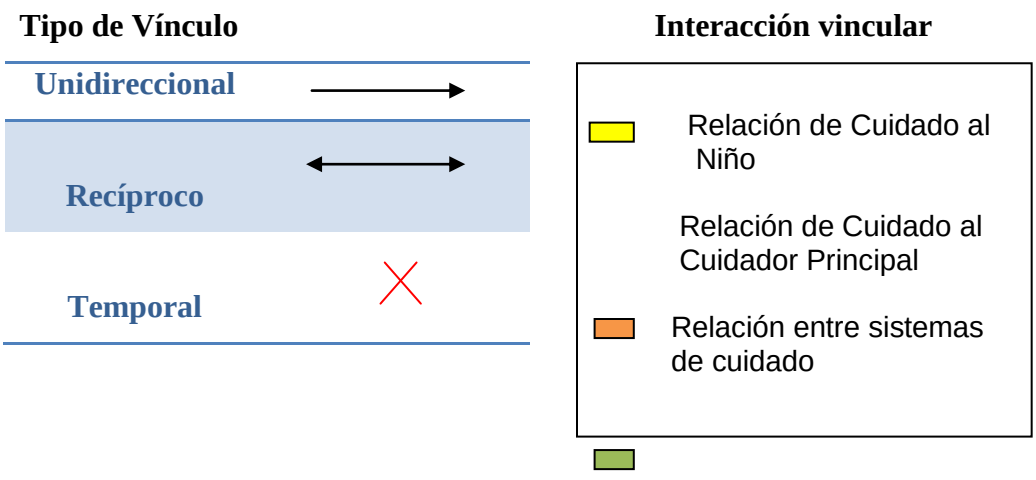
Al analizar los servicios que existen en la comunidad diferenciaremos dos tipos de servicios, aquellos donde el niño se queda al cuidado de otra persona por varias horas y, un segundo tipo donde va la madre con su niño de manera periódica por un tiempo entre quince y treinta minutos. En el caso de los centros de cuidado son las madres cuidadoras quienes pasan alrededor de 8 horas con ocho niños, los cinco días de la semana, lo que de alguna manera va creando un vínculo estrecho con cada uno de ellos.

En el caso del servicio de salud, existe una interacción que se da entre el niño, su madre y el personal de salud de manera eventual, muchas veces motivado por una necesidad de atención ante una emergencia de salud. De acuerdo a las historias clínicas

y/o tarjetas de CRED revisadas no todas las madres cumplen con los controles programados de acuerdo a la edad de sus hijos, incluso algunas señalan no haberlos llevado al control por verlos bien de salud. Los prolongados periodos de tiempos entre una visita y otra limitan el establecimiento de vínculos ente el personal de salud, la madre y el niño, aunado a ello, está la rotación del personal de salud.

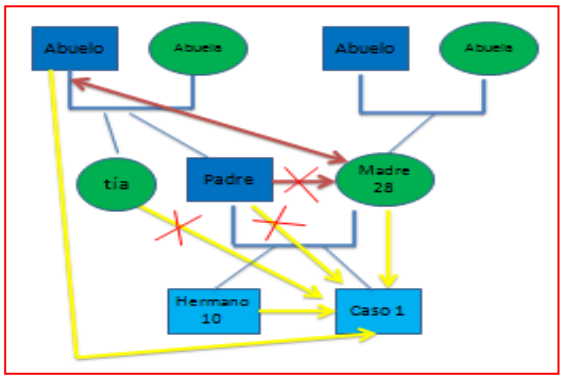
Para una mejor comprensión de las relaciones que se establecen entre los cuidadores y los niños, hemos diferenciado tres niveles de vínculos, representados por tres colores diferentes: el color azul representa la relación de consaguiniedad entre el niño y el cuidador, el color amarillo representa un primer nivel que nos da cuenta de la relación directa de cuidado entre los adultos y otros cuidadores y el niño. El color anaranjado representa un segundo nivel que nos muestra las relaciones de apoyo al cuidador principal y el color verde, representa un tercer nivel que grafica las relaciones los sistemas de cuidado existentes.

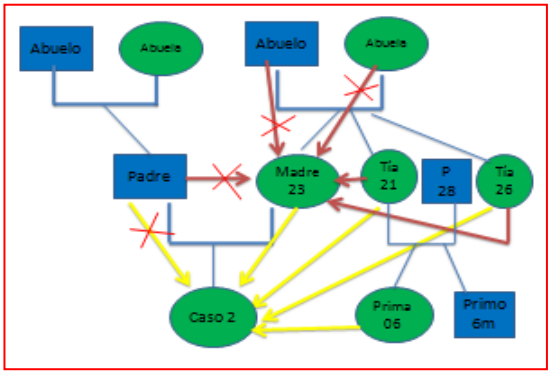
Los tipos de vínculos se señalan a través de flechas y si la relación ha sido o es temporal con un aspa.

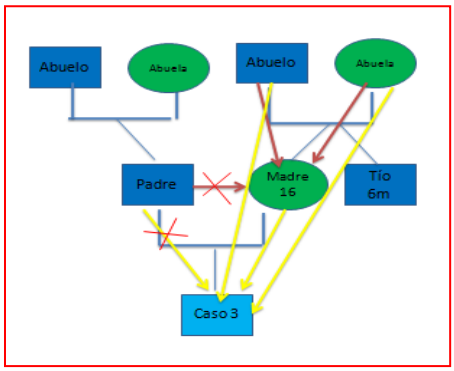


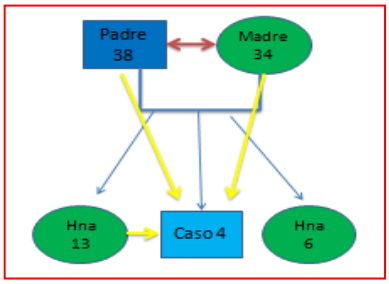
Veamos cómo se conforman el sistema de cuidado al interior del hogar de acuerdo a los casos estudiados:

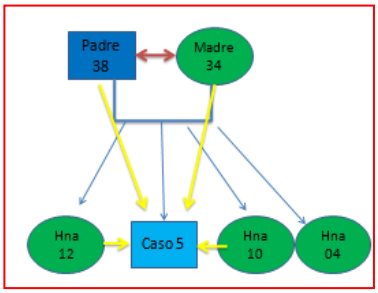
a. Sistemas de cuidado a niños en la familia, niños con DC



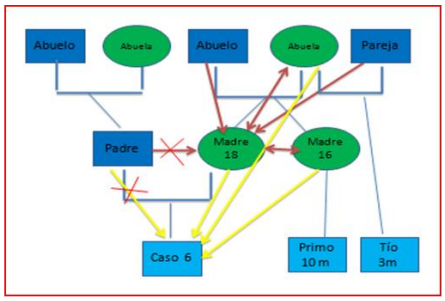


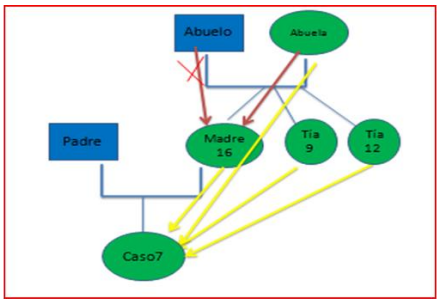


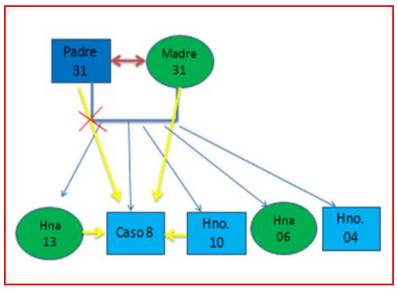


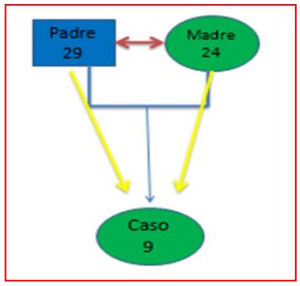


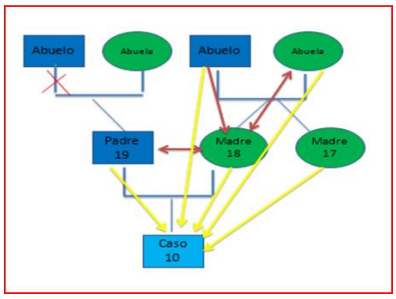
b. Sistemas de cuidado al niño en la familia, niños sin DC











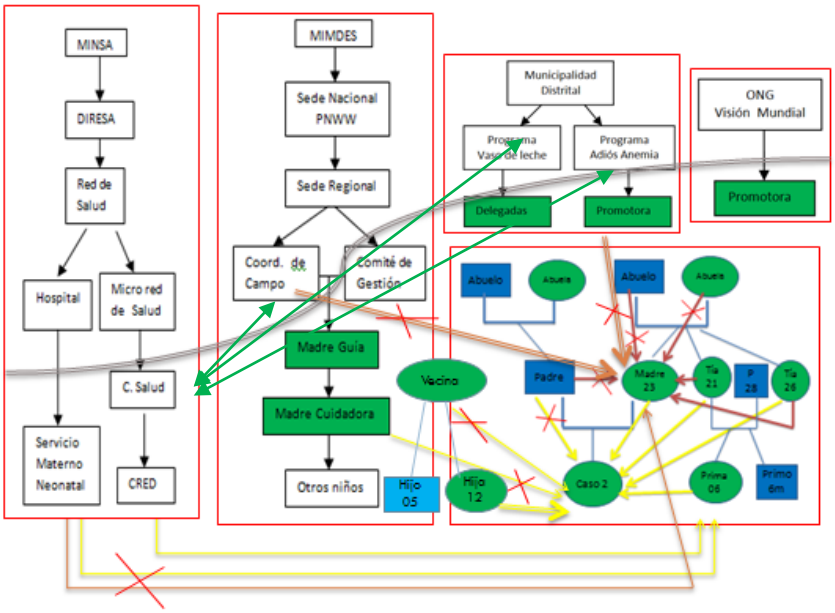
A continuación analizaremos con mayor detalle, a manera de ejemplo, el caso 2, este análisis nos permitirá conocer más de cerca como se establecen las relaciones y los vínculos que emergen en estas relaciones.

En este caso se encuentra una ausencia continua de la madre por razones de trabajo. Ella tiene el papel de cuidadora principal, por tanto organiza el cuidado de Bibiana con una vecina, quien a su vez la deja al cuidado de su hija de 12 años cuando ella sale de compras; otras veces se puede quedar con su tía. La niña interactúo con su padre durante parte del embarazo y los primeros dos meses; luego de ello, no se registró mayor comunicación –ni siquiera telefónica- entre ellos. Su abuela falleció dos días antes de que la madre recibiera la noticia de su embarazo, por tanto no la conoció.

Bibiana asistió al Wawa Wasi (desde febrero del 2010, permaneció por siete meses y se retiró por tres meses y reingresó en el mes de octubre, cuando ingresó tenía 2 años, 2 meses). Durante el tiempo que estuvo en Wawa Wasi, estuvo a cargo de la misma madre cuidadora e interactúo con varios niños del Programa.

Por otro lado, desde su nacimiento recibió ayuda del personal de salud quienes de manera particular le donaron leche artificial porque no podía producir leche materna, sin embargo luego le ayudaron para que pueda producir leche. Conforme pasaban los meses asistió a sus controles de CRED y al consultorio pediátrico.

Cuando Bibiana tenía casi tres años de edad su madre inicia una relación afectiva con una nueva pareja quien se muda a vivir con ellas y trae consigo a su hermana, la mamá quedó embarazada de esta nueva pareja. Este cambio de situación permitió que la madre - al contar con el sustento económico de su pareja- se quede en casa, deje su trabajo y se dedique al cuidado de su hija y del niño que estaba esperando.



Analizando las relaciones del primer nivel (color amarillo) vemos que Bibiana tuvo diferentes cuidadores, de los cuales solo logra establecer un vínculo afectivo con la madre y su tía, más no con la vecina ni con la madre cuidadora. Uno de los factores que puede haber influido en que no se conforme el vínculo es la capacidad de respuesta del adulto frente a las demandas de Bibiana que estaban relacionadas al no querer comer y a contar con un trato individualizado por parte del cuidador.

La presión existente por la situación de desnutrición de Bibiana, hacía que los cuidadores externos se sientan tensionados y hasta obligaban a comer a Bibiana, lo cual provocaba ansiedad y conflictos en la relación.

En el segundo nivel encontramos relaciones de soporte hacia la madre, en cuanto al cuidado de su hija. Sin embargo este apoyo era práctico porque tenía con quien dejarla, pero no siempre era un apoyo emocional porque recibía quejas de las cuidadoras de Bibiana y hasta sanciones y juicios sobre la forma en que ella estaba criando a su hija. El apoyo emocional de su hermana es más consistente porque trata de justificarla ante las críticas sobre la forma de cuidado que establece con Bibiana. Las otras cuidadoras aunque sabían de la pérdida de su madre, no la comprendían. En cambio, su nueva pareja no solo la ayuda a estabilizarse económicamente sino que le da una cierta estabilidad emocional.

Así como la madre cuenta con una red de apoyo creada por ella misma. La madre cuidadora del PNWW cuenta con una red de apoyo institucionalizada que está conformada por la madre cuidadora guía, el coordinador de campo y el comité de gestión. Si bien la red está presente dependerá de los vínculos que se establezcan entre ellos para mejorar su desempeño en el cuidado de los niños.

En el tercer nivel vemos que existe muy poca articulación entre los sistemas existentes siendo más bien la articulación de una manera horizantal al interior de cada subsistema.

6. CONSTRUCCION TEORICA

El análisis de los resultados permite el surgimiento de dos categorías que serán descritas a continuación, por un lado conoceremos la constelación de cuidado que nos introduce a la estructura de las redes de cuidado que se forman de acuerdo a las características de cada una de los casos estudiados. Luego, conoceremos cómo funcionan estas redes, la interacción existente entre los componentes de las redes y el liderazgo que se ejerce el gestor del para su funcionamiento.

6.1 La constelación del cuidado

Definición de constelación de cuidado

Conjunto de actores involucrados en el cuidado infantil, que interactúan entre sí, su permanencia y continuidad es fundamental para fortalecer las interacciones vinculares.

La constelación del cuidado es la estructura del sistema de cuidado en los cuales se tejen vínculos y se identifican rupturas que requieren ser sustituidas para mantener el sistema de cuidado.

Descripción de la constelación del cuidado

Para describir la constelación de cuidado es importante tener en cuenta algunos elementos claves entre ellos consideraremos los siguientes:

- Características del cuidador en relación a los vínculos que establece
  - Permanencia y continuidad del cuidador
  - Respuesta oportuna o no a la demanda
  - Relación Privilegiada o no con el niño
- Condiciones del cuidador

- Cuidado al cuidador
- Características de la constelación de cuidado
  - Fragilidad del vínculo
  - Fragmentación del vínculo
  - Diversidad del cuidado
  - Calidad del cuidado

Características del cuidador

El estudio permitió observar que las características del cuidador muestran diferentes matices la forma de interacción, por ello es relevante conocer cuáles son características más resaltantes que se encuentran en el análisis de los casos.

A continuación se presenta un listado de características identificadas en el estudio:

- **Permanencia del cuidador**: estable y permanente en el tiempo.

Las condiciones de pobreza y la urgencia de conseguir ingresos para la manutención diaria no permiten contar con la presencia de la madre generando inestabilidad y temporalidad en el cuidado, a pesar que sigue siendo la madre quien se hace cargo del cuidado.

- **Coherencia entre los cuidadores**: enfoque concertado y consistente para cuidar al niño.

Cuando no existe coherencia en el cuidado se limita la capacidad de respuesta del niño, causándole inseguridad o siendo un factor estresante para el mismo niño. Un ejemplo de ellos es que las prácticas de alimentación pueden darse con diferentes rutinas dependiendo del cuidador.

• **Trato afectuoso**: separar los problemas personales para responder asertivamente a las necesidades del niño.

La relación del cuidador con el niño es un aspecto importante que resalta del estudio, ya que se pudo observar diversas formas de relacionarse con el niño: la relación física, el contacto visual y la comunicación ejercida entre ambos.

La relación que establezca el cuidador con el niño puede o no contribuir a su seguridad emocional, en algunos casos se observó que los niños eran cooperativos y lograban engancharse emocionalmente con sus cuidadores, en otros casos cuando el cuidado es realizado por una persona externa al hogar, puede tardar varios días para lograr la empatía necesaria.

• **Repuesta oportuna**: Dar una respuesta efectiva al niño, de manera apropiada y sin demora.

La capacidad de respuesta del adulto para identificar y comprender las demandas del niño (a), está mediando en cierto grado, por la capacidad del niño para expresar a través de la palabra, gestos o desde su propio estado de ánimo, salud y nutrición sus necesidades, intereses, carencias o satisfacciones.

• **Relación privilegiada con el niño**: Darle importancia a los momentos de cuidado, haciendo que el niño los sienta como un momento de interacción exclusivo, individual e íntimo.

En la observación de las consultas de CRED se vio que el niño es atendido de manera mecánica durante la toma del peso y talla, no necesariamente se establece un diálogo gestual o verbal entre el personal de salud y el niño que es atendido.

• **Bagaje cultural**: nivel educativo, cultura e información

En las zonas periurbanas si bien las madres tienen acceso a diferentes medios de información, los datos que reciben no siempre son oportunos o están vinculados a la cultura popular o tradicional, que muchas veces se distorsiona en la transmisión oral intergeneracional. Incluso los profesionales transmiten información confusa que no contribuye a la solución de los problemas de cuidado identificados.

Por otro lado, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) nos muestra la relación directa entre el grado de instrucción de la madre y el estado nutricional de sus hijos, señalando que a mayor grado de instrucción mejor nivel nutricional. Así mismo, la información de la ENDES nos señala que en los estratos con mayor grado de instrucción se da menos la lactancia materna exclusiva, lo que genera un desequilibrio en el estado nutricional de los niños, que no es necesariamente desnutrición pero sí una situación del mal nutrición que los hace propensos a enfermedades como el asma o las alergias.

Por ello, un aspecto clave a destacar es que, más allá grado de instrucción o información de la madre, existe una cultura del cuidado a los niños -de acuerdo al grupo social al cual pertenece y al contexto socioeconómico- que va configurando las relaciones entre el cuidador y el niño y puede ser transmitida intergeneracionalmente. Dicha cultura de relacionamiento entre el cuidador y el niño puede prevenir la DC o mejorar el estado nutricional del niño en base a calidad del desempeño del cuidador.

Estas costumbres adquiridas también pueden ser modificadas por las familias en base a nuevos recursos que obtienen a través de los medios de comunicación, instituciones o programas que intervienen en la zona, así como experiencias personales que cuestionan la pertinencia de los hábitos desarrollados en el cuidado.

Condiciones del cuidador

En cuanto a las condiciones del cuidador, es necesario que este cuente con apoyo. La constelación del cuidado, como lo vimos gráficamente, no sólo abarca la

relación del cuidado con el niño sino que a su vez se convierte en una red de apoyo al adulto cuidador. La ausencia de cuidado al adulto cuidador, puede ser un factor que a su vez repercuta en el cuidado del propio niño.

Desde el punto de vista de los psicoanalistas, es preciso mencionar el aporte de Donald Winnicott, que no decía que no puede haber una "madre suficientemente buena", entendida esta frase como aquella madre que no aspira a ser perfecta ni la mejor, sino que acepta sus limitaciones, está disponible para su hijo, pero no de forma incondicional, pues es capaz de poner límites y decir ahora me toca a mí. Él decía que no existe bebé sin su madre y luego agrega que no hay madre capaz de cumplir con todos los requerimientos del bebé en sus primeras etapas, si no hay un padre o un tercero que haga la función de contener a esa madre.

Si bien, esta descripción del rol de la madre, da a la madre un rol privilegiado con su hijo y al padre un rol de contención, es necesario afirmar que el cuidado no es un rol exclusivo de la madre, aunque biológicamente sabemos que desde la gestación y los primeros años de vida el bebé depende básicamente del alimento que la madre le proporciona a través de ella misma, prioritariamente, el bebé necesita encontrar en la figura materna la seguridad y la satisfacción de sus necesidades vitales. Esto ocurre porque el principal alimento que requiere al niño al nacer es la leche materna y si la madre le proporciona su leche entonces no solo lo alimenta sino lo contiene física y emocionalmente. Cuando se interrumpe la lactancia por razones de trabajo u otras causas fisiológicas, hay una ruptura en la relación, teniendo que ser sustituida por otro tipo de contención, que es dado por el cuidador sustituto.

Cuidado al cuidador

Otro aspecto clave es el cuidado entre pares, es decir, cuando la madre siente que comparte la misma situación con otras madres, por tanto siente que no es la única enfrenta dificultades en el cuidado de su hijo(a). Los grupos de ayuda entre pares son espacios valiosos para promover el cuidado entre madres, sobre todo cuando son

primerizas. En el estudio no se encontró grupos de apoyo formalmente constituidos, sino personas del entorno, sobre todo las hermanas que se convertían en el apoyo de la madre.

La construcción de una red de cuidado puede tener diversos matices, esto va a depender de la oferta existente cercana a la madre, por un lado de la misma familia, de los amigos o vecinos o por los centros de cuidado que ofrece el estado a través del wawa wasi.

Una experiencia de conformación de una red de apoyo a la familia desde el servicio wawa wasi fue el de madre consejera a exclusividad, que lo ejecutó la Sede Callao del PNWW, en el distrito de Ventanilla, que consistía en un servicio ofrecido por madres que habían pasado por el programa como madres cuidadoras y luego como madres guías, y ahora iban a desempeñar un nuevo rol acercándose a las familias de los niños con problemas nutricionales y priorizando a los niños menores de un año.

Esta experiencia fue enriquecedora porque las madres sintieron que de pasar a cuidar al niño en un ambiente construido para ellos con las mejores condiciones se les presentaba una realidad diferente en cada uno de los hogares de donde venían los niños, en los cuales encontraron una serie de problemas debido a las carencia económica y también al descuido por parte de sus padres.

Además las madres consejeras a exclusividad tuvieron la oportunidad de acercarse a los servicios de salud, quienes les asignaban casos especiales que requerían apoyo para que los visiten en su casa; estos casos eran muy difíciles de abordar para ella, además no se contaba con la presencia de instancias de apoyo psicosocial comunitaria o de otras instituciones para contribuir a brindar apoyo a esos casos, lo que causó frustración en personal de PNWW, debilitando la iniciativa de las madres.

Otras experiencias que podemos resaltar, son las realizadas en zonas rurales donde se ve una mayor práctica colectiva en el cuidado de los hijos, que están

relacionados a los sistemas de autoayuda, esta forma cultural de criar a los hijos ha permitido que las comunidades con apoyo del sector salud o alguna ONG puedan encargarse de vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños y tomar acciones oportunas en beneficio de todos los niños y niñas de su comunidad

Características de la constelación de cuidado

Los casos estudiados nos permiten comprender que cuando se cuenta con una red de cuidadores es una gran ayuda para la madre pero también puede convertirse en un obstáculo si no hay coherencia en el cuidado, es decir, si los cuidadores externos desconocen las normas o prácticas mínimas de atención a los niños y niñas. Durante las visitas a los cuidadores externos a la familia de la madre (por ejemplo, en el caso de la vecina) se observaron dificultades para relacionarse con el niño o niña y lograr establecer rutinas para ejercer las prácticas de alimentación, tanto por el tiempo, los espacios designados y la empatía entre el niño y el cuidador.

En base al estudio se han encontrado tres tipos situaciones que responden a la configuración del sistema de cuidado. Estos son la fragilidad del cuidado, la fragmentación y la diversidad del cuidado.

Fragilidad del cuidado

La fragilidad del cuidado se refiere a las situaciones concretas y particulares donde la madre tiene el apoyo práctico de alguien que cuida a su hijo (a), sin embargo este cuidado, no siempre, está acompañado con un apoyo emocional que la respalda y fortalece en su rol de madre. El apoyo de otros cuidadores, suele ser un alivio para la madre porque sabe que tiene con quien dejar a su hijo(a), pero a su vez le genera sentimientos de culpa y cuestiona su rol de cuidadora principal. Aunado a ello, el estado nutricional del niño incrementa la preocupación de la madre, que se siente confundida porque el personal de salud le hace sentir que no es capaz de asumir el cuidado de manera efectiva.

Fragmentación del cuidado

La otra situación encontrada, llamada fragmentación del cuidado, nos habla de la débil comunicación entre los cuidadores, lo que genera un sistema de cuidado incoherente e inestable para el niño con formas de crianza que pueden ser diferentes y hasta contradictorias en base a las características personales de los cuidadores: costumbres, creencias, edad, información que tenga el cuidador, entre otras.

Diversidad del cuidado

La diversidad del cuidado entendida por un conjunto de cuidadores que están a cargo del cuidado del niño, puede ser para el niño una riqueza de experiencias y de diferentes formas de adaptación con cada cuidador, pero a la vez puede ser sobre estimulante, generando un estrés en su comportamiento porque lejos de generar seguridad lo puede angustiar. Si el conjunto de cuidadores son permanentes, aprende a distinguir a cada uno y a conocerlos, pero cuando el conjunto de cuidadores son esporádicos o temporales genera dudas y ansiedades.

Calidad del cuidado

La calidad del cuidado está relacionada a aspectos propios del contexto donde se da la interacción entre el niño (a) y sus cuidadores, pero también a las características personales de los cuidadores, a la manera como se efectúa la atención y cuidado del niño y al apoyo que reciben dichos cuidadores para ejercer el cuidado.

- En cuanto a las condiciones del contexto para criar al niño es importante considerar la necesidad de contar con servicios básicos -sobre todo agua segura-, alimento suficiente disponible para el niño y viviendas saludables. Esto último se refiere a los espacios físicos que implica contar con espacios apropiados para cuidar al niño pensados a partir de sus necesidades, donde se sienta seguro y valorado.

Este tema es muy importante de analizar cuando se quiere establecer una relación entre el marco conceptual de la desnutrición crónica y los hallazgos encontrados en este estudio, como veremos más adelante.

6.2 La gestión del cuidado

Noción de la gestión del cuidado

Capacidad que tiene el gestor del cuidado para superar la adversidad, optimizar los recursos, el tiempo y las constelaciones de cuidado que garanticen continuidad y permanencia superando la fragmentación y fragilidad del sistema.

La gestión del cuidado supera el estigma de la madre como única responsable del cuidado.

Descripción de la gestión del cuidado

Para describir la constelación de cuidado es importante tener en cuenta algunos elementos claves entre ellos consideraremos los siguientes:

- Rol del gestor del cuidado
- Planificación del cuidado
- Organización del cuidado entre los cuidadores
- Toma de decisiones para optimizar el cuidado
- Control de los resultados
- Relación del cuidador con la oferta de servicios públicos

Rol gestor del cuidado

El rol gestor implica la planificación, organización, toma de decisiones y el control de los resultados de las decisiones tomadas. El estudio permite identificar que en

la gestión del cuidado infantil se da este proceso cuando la madre organiza los recursos-humanos y económicos- que tiene a su disposición, distribuye tareas y toma decisiones.

Planificación del cuidado

En cuanto a la planificación, se puede ver que si bien la planificación familiar es casi inexistente ya que todos los embarazos no se programaron, cuando se asume la maternidad y el proceso de gestación, se va planificando la llegada del niño (a) y luego la atención que se le brindará.

Cabe mencionar que el niño desde antes de nacer depende directamente de la madre quien decide tenerlo o no. Si bien la decisión de tenerlo puede estar mediada por valores éticos y morales que la obligan a no abortar, se siente con la responsabilidad de asumir el cuidado de sus hijos. Sin embargo, la falta de apoyo y la necesidad de contar con los recursos económicos para su subsistencia, limitan sus prácticas de cuidado y sobretodo su capacidad para identificar oportunamente el problema nutricional y actuar a tiempo para prevenirlo.

En las narrativas se observa que la planificación suele ser de corto plazo, y se da como respuesta a alguna necesidad o urgencia. No se encuentra una proyección a mediano plazo, probablemente porque en los contextos de pobreza existe cierta dificultad para prever lo que sucederá en el futuro y se opta por resolver las necesidades más urgentes.

Organización del cuidado

Con respecto a la organización, las narrativas nos dan cuenta de los esfuerzos que realiza la madre para disponer todos los recursos con los que cuenta de modo que se brinde la mejor atención a su hijo (a). En la medida que la madre se ve obligada a trabajar o estudiar debe organizar antes de salir o volviendo del trabajo, que los cuidadores temporales cumplan las rutinas previstas para el cuidado de su hijo (a).

A pesar de haber una constelación del cuidado se corrobora que la gestión siempre recae en la madre y es ella quien organiza el sistema de cuidado. Si opta por el cuidado institucionalizado debe respetar las reglas y normas de la institución, como en el caso del programa Wawa Wasi, en cambio si ella contrata a alguien, ella es quien delega responsabilidades a los cuidadores temporales.

En los casos analizados la madre es la encargada de organizar el cuidado del niño-a, es decir, es ella quien toma las decisiones para la atención de su hijo-a y distribuye las tareas en base a los recursos con los que cuenta: económicos, humanos y de tiempo. En el caso de las madres adolescentes que son estudiantes o que trabajan, la madre de la adolescente asume el rol de organizar el cuidado.

Las decisiones que toma para la organización del cuidado de su niño-a están vinculadas a sus características propias, como mujer y madre, y a las de su entorno: a su edad, su nivel educativo, su nivel socio-económico, los vínculos afectivos que tenga, así como a su estado físico y mental.

Es la madre la que contrasta su opinión con las de los otros cuidadores, sobre todo la información que le brindan otras mujeres como su propia madre, sus tías y hermanas, así como el personal del establecimiento de salud y las madres cuidadoras de los Wawa Wasi, en caso que su hijo/a acuda a estos servicios.

En el caso de la red de familiares (abuelas o tías del niño. Incluso vecinas) la madre tiene tanta confianza que suele dar pocas o casi ninguna indicación sobre el cuidado, más bien, la madre parece esperar que las cuidadoras temporales resuelvan los problemas que se presenten como si fueran sus propios hijos.

Toma de decisiones

La toma de decisiones se da en base a la información y recursos con los que la madre cuenta, lo que le permite ejecutar las acciones de cuidado. Sin embargo, debido a

sus limitados recursos, muchas veces no cuenta con oportunidades que le permitan decidir qué es lo mejor para su hijo sino que por el contrario se ve obligada a asumir acciones aunque no esté de acuerdo con ellas.

Las características del cuidador y su red de soporte influyen en la toma de decisiones, ya que lo fortalecen o lo debilitan emocionalmente. En algunos de los casos analizados se encuentra en las madres mayor capacidad de resiliencia para sobreponerse a las dificultades incluso proyectarse en el futuro, a pesar de los acontecimientos adversos.

Así mismo, la influencia socioeconómica y cultural del entorno se puede convertir en un agente que obstaculiza o que facilita la asertividad en la toma de decisiones.

Una capacidad, que vale la pena resaltar, es que en uno de los casos estudiados se observó como la madre participa en los programas sociales (comedor popular) para garantizar la alimentación de la familia, esta es una capacidad de la mujer de agenciarse y es muy notorio encontrar estos ejemplos en otras zonas periurbanas, donde las mujeres han sabido sacar adelante a sus familias, debido a su participación en los comedores populares.

Control de resultados

En cuanto al control, se observa que es la característica de gestión menos desarrollada en las madres adolescentes o en las madres primerizas, en cuyos casos las abuelas se apropian del control del cuidado debido a la inexperiencia de sus hijas, haciéndolas sentir que no son capaces de asumir esta tarea

En el caso de las madres que llevan a sus hijos al servicio de cuidado diurno, ellas no ejercen la toma de decisiones ni el control sobre lo que hace la madre cuidadora, dado que confían en que existe un control por parte del programa. Lo mismo sucede en

el caso de los servicios de salud, donde la madre acepta pasivamente las recomendaciones de los profesionales, sin contradecirlos, aunque a veces no les hagan caso.

Relación del cuidador con la oferta de servicios

Tanto en los servicios de salud como en los Wawa Wasi se observa la falta de mecanismos para recoger las demandas de las madres y que estas sean tomadas en cuenta para optimizar los servicios.

Asimismo estos servicios institucionalizados, que cuentan con una estructura de control, carecen de un monitoreo constante de la calidad de atención, lo que trae como consecuencia que el personal pueda cometer reiteradas veces los mismos errores, como por ejemplo, no identificar a tiempo el problema nutricional y brindar una consejería inadecuada.

Otro ejemplo es que ambos servicios brindan diferente información del mismo niño, creando confusión en la madre e inestabilidad en la gestión de su cuidado, así como generando una atención inoportuna de la desnutrición, teniendo que invertir más tiempo y recursos para revertir las consecuencias.

El servicio de salud cumplen un rol importante proporcionando a la madre la información precisa para que ella tome las decisiones que requiere de manera oportuna, sin embargo la información no es precisa ni confiable. Entonces puede ser que ir al ES no sea una ventaja sino un “tener” que cumplir con las normas y no ver mejoras en su hijo.

El personal de salud más allá de brindar información tienen que hacer el seguimiento individual de cada caso, sin embargo, no parecen responsabilizarse de los casos, más bien otorgan a la madre toda la responsabilidad del estado del niño, quien luego se siente débil o con poca claridad de lo que puede hacer y mientras ella va

comprendiendo que debe mejorar sus prácticas, el tiempo pasa perjudicando el estado de salud de su hijo(a).

Es preciso mencionar, que las actitudes del personal de salud, también responden a las demandas del mismo sector, generalmente orientadas al logro de coberturas y muy poco a la calidad de atención.

En el caso del establecimiento de salud a donde acude la mayoría de los niños del estudio, tiene una gran demanda de atención, lo que repercute en el tiempo que le dan a cada uno de los usuarios, asimismo, hay muy poco acompañamiento de sus actividades por parte del personal de la Red de Salud a la cual pertenecen.

Otro aspecto clave que surge de las narrativas es que las prácticas que promueve el sector salud, si bien permiten un mayor acercamiento de las madres con sus bebes, desde el contacto precoz, alojamiento conjunto, LM, entre otras, no se profundiza en la comprensión de la importancia del cuidado del bebe, el vínculo afectivo y la construcción de redes de soporte a la madre desde su gestación.

7. DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La presente investigación configura una nueva perspectiva del cuidado, con dinámicas diversas según el contexto, que difieren de acuerdo a la fragilidad, fragmentación y diversidad de las interacciones vinculares.

Si bien es el niño es el sujeto central y de interés del cuidado, aún queda mucho por aprender sobre el rol del niño como protagonista de su crecimiento y desarrollo a partir de su relación con su cuidador o red vincular.

Las relaciones vinculares no se dan sólo entre la madre y el hijo sino que se dan con otros actores familiares o actores comunitarios, por lo que los vínculos son múltiples convirtiéndose en factores protectores del cuidado, en tanto exista permanencia y continuidad.

La gestión del cuidado constituye un proceso de optimización del cuidado infantil, que representa un valor agregado a las intervenciones públicas.

Los aportes de los psicoanalistas han sido muy importantes para conocer la importancia del vínculo afectivo entre el cuidador principal y el niño, muchas veces siendo el único cuidador principal la madre. Sin embargo, al estudiar el vínculo entre la madre el niño, podemos inferir que este vínculo no siempre es exclusivo de la madre, es decir no es ella la única que puede establecer dicho vínculo. La presente investigación nos está demostrando que no necesariamente el niño está directamente relacionado con su madre, el vínculo se da con otros individuos que en ausencia de ella, ejercen un rol tan igual que como lo haría la madre. Esta situación nos ha permitido preguntamos ¿por qué tendría que ser la madre la única responsable del cuidado?, ¿qué pasa con los otros cuidadores?, ¿es posible que los otros también se den cuenta que su rol de cuidado va más allá de sustituir al cuidador principal sino que el cuidado se da porque el sujeto que es cuidado lo necesita para su crecimiento y desarrollo?

Al contar la madre con una constelación de cuidadores, tendríamos que pensar hasta que punto la constelación se convierte en un soporte de cuidado y cómo los cuidadores se comprometen a cuidar al niño de la misma manera como lo haría la propia madre. El estudio nos devela que no siempre, el cuidador sustituto asume el cuidado con toda la responsabilidad que esto implica, la responsabilidad de la acción de cuidar va a tener diversos matices, dependiendo de las características de los cuidadores y su disposición para cuidar, si lo hace sólo por ganar dinero o también para acompañar a crecer y desarrollar al sujeto niño.

La acción de cuidar se convierte por tanto, en un fenómeno social, es decir, en el que el cuidado no es atribuible solo a la madre natural sino a todos los individuos que de una u otra manera están involucrados en la vida de los niños y niñas pequeños. Según un proverbio se dice que "se necesita un pueblo para educar a un niño", esta tesis estaría afirmando que en la medida que todo el "pueblo" esté comprometido de manera articulada y coherente será posible que el niño reciba un cuidado de calidad y es sumamente importante dedicarle un tiempo a fortalecer las relaciones humanas que se van configurando en la constelación del cuidado. Esto implica que todos los responsables del cuidado inviertann tiempo y recursos para favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños.

Un elemento clave en la gestión del cuidado es que existe una persona que se encarga de liderar el cuidado o que al menos de las pautas para que otros ejerzan el cuidado, la forma como el gestor del cuidado lidere el cuidado va permitir o no la coherencia del cuidado, sin embargo, cada individuo trae consigo una serie de creencias y actitudes que las pone en práctica, éstas son muchas veces más poderosas que las que son solicitadas por el gestor. Por tanto, la responsabilidad de dejar al niño al cuidado del otro, está otorgando poder al otro para que lo cuide y no siempre, dicho cuidado, será igual a los acuerdos tomados entre cuidador sustituto y el gestor, por tanto el gestor del cuidado tendrá que evaluar si ha elegido bien a su cuidador sustituto y evaluará si debe continuar o no con dicha ayuda.

Las teorías sobre la noción del vínculos nos dice que la relación vincular no es estática, está en movimiento, es decir, se construye en la relación de dos sujetos. El estudio nos permite evidenciar que esta relación dialéctica se da entonces no solo entre el que cuida y que recibe el cuidado, sino entre el que cuida al que cuida, que es importante para que ejerza mejor su cuidado, dejar solo al cuidador puede ser perjudicial para el mismo niño, que requiere de una figura constante y coherente y no ambivalente e insegura.

Los servicios institucionalizados del cuidado si bien ejercen un rol importante en el cuidado del niño, no deben perder de vista que la responsabilidad del cuidado recae tanto en la madre, como en los otros miembros de la familia y que durante el tiempo que permanecen con los niños, ellos merecen un cuidado de calidad y que en la medida que se comprometen de manera sensible y empática con el niño están contribuyendo en el crecimiento y desarrollo del niño, sin quitar a la madre y a los otros miembros del hogar su rol y responsabilidad. El cuidado entonces es más enriquecedor, porque el niño aprende a ser cuidado de manera responsable en los diferentes escenarios por los cuales transita.

El estudio también identifica que se ha ido perdiendo el cuidado “corporativo”, que fue identificado solo en un caso, donde toda la familia asume el cuidado de los niños como parte de su responsabilidad no importando la relación de consanguineidad que tenga con el niño, sino que se ejerce el cuidado para todos porque todos son igualmente importantes para la sobrevivencia del grupo familiar.

La relación de la madre con los otros cuidadores, es un tema muy poco abordado por los teóricos, dado que al sublimizar el rol de la madre como única responsable del cuidado, por ser ella la que trae al niño al mundo, o por ser ella la que está anatómicamente equipada para ello, se ha dejado de lado, la necesidad de contener a la madre y promover que el cuidado no recaiga solo en una persona.

La madre al sentir que es ella la que tiene la responsabilidad principal sobre cuidado del niño, se siente obligada a rendir cuentas ante los otros cuidadores sobre los resultados de su cuidado, que se refleja en el crecimiento y desarrollo de su hijo (a). En los casos analizados donde el estado nutricional del niño (a) no es favorable, las madres manifestaban tristeza, culpabilidad y preocupación constante, más aun cuando no podían hacerse cargo del cuidado directo porque tenían que salir a trabajar.

Los vínculos se construyen en la interacción diaria y continua, la sola presencia de una persona no implica una interacción vincular.

El cuidado infantil, no puede atribuirse solo a la madre, se requieren identificar las redes de cuidado no solo alrededor del niño sino también alrededor de los que cuidan. Cuidado al cuidador. Profundizar más en la participación del padre y la figura masculina en el cuidado.

El estado nutricional del niño es un indicador que algo no está yendo bien, no podemos atribuir el problema solo a una persona, sino que es indispensable conocer las redes de cuidado, la interacción vincular y la calidad del vínculo.

Se requiere mejorar la calidad de los servicios de salud, no solo en las técnicas de antropometría y los registros, sino además en la relación con el niño como sujeto y no como objeto de atención.

En la formulación de las políticas públicas, debemos tomar en cuenta, que si bien el niño no espera, y su atención demanda una respuesta oportuna y rápida, es importante que se fortalezcan capacidades en el personal encargados de las ofertas de los servicios, para que puedan relacionarse empáticamente con el cuidado o red de cuidadores y con el niño, facilitando herramientas que permita actuar oportunamente y haciendo sentir al cuidador y el grupo de cuidadores que todos, incluyendo ella es responsable del cuidado del niño.

Esta investigación ha permitido analizar desde una mirada holística las interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil -en el que intervienen la familia, los servicios de salud y de cuidado infantil, entre otros- en contexto de pobreza, donde la desnutrición crónica aparece a muy temprana edad.

Si bien el alimento y la nutrición sigue siendo un problema pendiente en el Perú, es necesario incluir en el marco conceptual la relación del niño con sus cuidadores que podría modificar o interferir en su estado nutricional, por tanto, considero, que el problema nutricional no puede ser visto aislado a la relación afectiva o vinculante con los cuidadores.

Al estudiar los casos, vemos que existen otros elementos que están presentes y que si no son controlados estarían siendo obstáculos para lograr la disminución de la DC. Por tanto, los resultados de la investigación invitan a profundizar el modelo conceptual de la desnutrición crónica fortaleciendo el análisis del sistema de cuidado y la calidad de las relaciones que establecen entre los niños y sus cuidadores como elemento esencial para intervenir eficiente y eficazmente en la reducción de la desnutrición crónica.

Las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia requieren ampliar el marco conceptual de la desnutrición, incluyendo las interacciones vinculares de calidad durante los primeros tres años de vida.

En uno de los casos estudiados se resalta las formas de cuidado de una familia afroperuana en la que las mujeres, ya sea madre o hermanas, fijan el interés en todos los niños y todas cuidan a todos sin distinguir si es su hijo, sobrino o nieto, creando un sistema de cuidado “corporativo” es decir todos se apoyan para apoyar a todos.

En el caso de los cuidadores externos a la familia (vecina, madre cuidadora, personal del establecimiento de salud) se observa que ponen límites al cuidado, inclusive no logran establecer vínculos afectivos con el niño. En uno de los casos

analizados se observa que la vecina, quien pasa todo el día al cuidado de una de las niñas del estudio, no asumen el cuidado con la misma responsabilidad de la madre, a pesar de que la sustituye, más bien lo hacen cómo puede y no como si cuidaría a sus propios hijos.

Los niños que asisten varios meses al Wawa Wasi, a cargo de una misma madre cuidadora logran establecer vínculos estrechos con ella, así como adquiere autonomía en las prácticas de autocuidado.

Debido a la fragmentación del cuidado, el niño está expuesto a permanentes contradicciones e incoherencias de parte de sus diferentes cuidadores que no le dan la seguridad necesaria para que pueda alimentarse y explorar el mundo que lo rodea.

El diagnóstico de desnutrición crónica en el niño a temprana edad ejerce una presión en los cuidadores que les genera ansiedad por revertir el estado nutricional del niño, enfocando su esfuerzo en el alimento y obligándolo a comer sin considerar que la ansiedad del adulto repercute en el estado emocional del niño causando inapetencia o situaciones de tensión que debilitan su estado de salud y empeoran su situación nutricional.

La gerencia del cuidado se ve limitada también por la información con la que cuenta la madre y por la información que recibe de su entorno y de los servicios a los cuales acude, sus decisiones pueden ser más certeras en la medida que comprende la magnitud del problema o siente la confianza de poder contribuir a mejorar sus prácticas de crianza.

La carencia de una información de calidad en los diferentes servicios que ofrece el estado, dio lugar a la necesidad de realizar un análisis sobre los problemas y dar posibles soluciones a la mejora de la calidad de información. Durante el año 2011, UNICEF-Perú apoyó la mejora de la información del sistema de monitoreo y vigilancia nutricional tanto en el programa nacional wawa wasi como en los programas de la

municipalidad distrital de Ventanilla, a fin de asegurar un monitoreo oportuno y eficiente del crecimiento del niños y niñas que acuden a los programas.

La investigación nos permite evidenciar la necesidad de articular los servicios entre sí para que puedan brindar una información coherente a la constelación del cuidado. Así como, se requiere articular los servicios con redes de protección social para contener emocionalmente a las familias, sobre todo a la mujer durante el periodo de gestación y a las madres adolescentes durante el embarazo y los primeros años de vida de sus hijos.

Se observa que cuando existe una interacción afectiva entre cuidadores y niños durante el momento de cuidado, esta se da a través de miradas, gestos y contacto físico, pero se evidencia una débil comunicación oral, es decir, no se construye un diálogo entre ellos, lo que no permite que sus habilidades de lenguaje se desarrollen.

Con respecto a las políticas públicas existentes, muchas veces se quedan en el discurso, como por ejemplo lineamientos sobre prácticas esenciales (contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva, presencia de un familiar durante el parto, entre otros) que no logran implementarse efectivamente, no llegan a todos, no llegan a tiempo; por lo que urge hacerles seguimiento y contribuir a crear redes de apoyo para impulsar el rol gestor de la madre, o quien haga sus veces, para lograr un cuidado integral del niño (a) durante sus primeros años de vida.

REFERENCIAS

Ainsworth, M. D.S., Bell, S.M. & Stayton, D. J. (1974). *Infant-mother attachment and social development: "Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals."* In: M.P.M. Richards (Ed) The integration of a child into a social world. London, Cambridge Universitiy Press.

Aguilar Cordero, M. J. (1996). *Influencia de la institucionalización y distintos modelos de acogida sobre el crecimiento, desarrollo y comportamiento en el síndrome de carencia afectiva en el niño*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada

Ajuriaguerra, J. (1983). *"De los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y las actividades expresivas".* Anuario de Psicología. nº 28, 7-18.

Alvarado, B. E., Tabares, R. E. y Delisle, H. et al. (2005). *Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos*. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, ene. 2005, vol. 55, no. 1, pp. 55-63. ISSN 0004-0622.

Álvarez, M. L. et al. (1991). *Desnutrición infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente*: *un estudio piloto*. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 25: 282-8.

Aguirre, R. (2003). *El cuidado infantil en Montevideo*. Análisis de los resultados de la encuesta sobre usos del tiempo: desigualdades sociales y de género. UNICEF Urugay.

Arocena, V. M. (2009). *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007*. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Atalah, E. y Pizarro, M. (2008). Análisis de las mejores prácticas recientes en América latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio. CEPAL.

Cortés, A., Romero, P. & Flores, G. (2006). *Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia*. Universitas Psychologica, 5 (1), 37-49.

Belsky, J. (2006). *Efectos del cuidado infantil fuera del hogar en el apego y desarrollo del niño:* Resultados del estudio NICHD sobre cuidado infantil temprano. Ponencia realizada al Internacional Conference on Early Childhood Education, Arnheim, Holanda.

Baldwin, Alfred L.; Baldwin, Clara y Cole, Robert E. (1992). *Stress-resistant families and stress-resistant children En: Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti,Dante; Nuechterlein, Keith H. y Weintraub, Sheldon (eds.) Cambridge University. Press. Cambridge, Gran Bretaña

Bentley M, Stallings R, Fukumoto M, Elder J. (1991). *Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea episodes, convalescence, and health in the Central Northern Sierra of Peru*. Am J Pub Hlth 1991;83:1-5.

Bentley M, Caulfield L, Torun B, Schroeder D, Hurtado E. (1992). *Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala.* FASEB J 1992;6:A436.

Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y la Salud Mental.* OMS. Publicación Científica Nro. 168. Segunda Edición.

_____. (1975). *Vínculo de Apego*. Paidós. Buenos Aires.

_____. (1988). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.

Bradley, R., M. Caldwell, S. Rock , K. Barnard , C. Gray , M. Hammond, S. Mitchell , L. Siegel , C. Ramey, A. Gottfried y D. Johnson, (1989) *Home environment and cognitive development in the first 3 years of life: A collaborative study involving six sites and three ethnic groups in North America.* En Developmental Psychology, 25, (2): 217-235

Bradley, Robert H.; Whiteside, Leanne; Mundfrom, Daniel J.;Casey, Patrick H.; Kelleher, Kelly J.; Pope, Sofía K.(1994). *Early indicators of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birth weight, premature children living in poverty.* Child Development, vol.65, n.2, pp. 346-360.

Bradley, R., Kelleher, K, Watson, J. (1995) *Effects of Poverty on Home Environment: An Analysis of Three-Year Outcome Data for Low Birth Weight Premature* Infants. Journal Psicología of Petdiatric, vol. 21. No. 1996. pp. 419-431.

Brazelton, Berry y Cramer, Bertrand (1993). *La relación más temprana*. Padres, bebés y el drama del apego inicial. España: Paidós.

Bretherton I. "The *Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*" (1992) Developmental Psychology vol.28.

Brazelton, T. B. y Greenspan S. I., (2000). The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish.(Book Review): An article from: Roeper Review.

Bronfenbrenner, U. (1979a). *Contexts of child rearing:problems and prospects*. American. Psychologist, vol. 34, n.10,pp. 844-850.

_____. (1979b). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press. Cambridge Gran Bretaña.

_____ (1985). *Contextos de crianza del niño. Problemas y prospectiva*. Infancia y Aprendizaje, 1985: 29, 45-55.

Caldwell, B. (1970). *Instruction Manual Inventory for Infants and Preschoolers Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock, Arkansas.

Caldwell, B. M. & Bradley, R. M. (1984). *Home observation for measurement of the environment.* Little Rock, AK: University of Arkansas of Little Rock, College of Education, Center for Child Development and Education.

Carmona, M. (2003). *La importancia del vínculo madre-hijo.* Revista Nuevo Comienzo, Volumen 15, N°2, Año 2003.

CEPAL (2006). *La desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio*. Número 2, abril 2006.

_____. (2007). *El Costo del hambre, Análisis del impacto Social y Económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centro América y República Dominicana.* Santiago de Chile.

Cravioto J, DeLicardie E. R., Birch H. G. (1966). *Nutrition, growth and neurointegrative development: an experimental and ecologic study*. Pediatrics 1966;38:319-72

Creed de Kanashiro H., Penny M., Robert R., Narro R., (2001) *Caulfield L, Black R. Improving infant nutrition through an educational intervention in the health services and the community*. Presentation at the WHO Global Consultation on Complementary Feeding, Geneva, December 2001.

Cortes A., Romero P., y Flores, G. (2006). *Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácitcas de crianza en la infancia.* Universitas Psychologica, 5(1), 37-49.

Cortez, R. (2002). *La nutrición de los niños en edad pre-escolar*. Centro de Investigación Universidad del Pacífico.

Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo de alma. Neuronas y afectos: La conquista del bienestar*. Barcelona: Gedisa.

Eshel N., Daelmans B., Cabral de Mello M. & Martines J. (2006) *Responsive parenting: interventions and outcomes*. Bulletin of the World Health Organization 84, 992–999.

Díaz, A. (2007). *Ponencia sobre la importancia de la familia, en la crianza de los hijos*. I Convención Nacional: La familia, núcleo del desarrollo humano social. Abril, 2007.

Di Iorio, Susana, Urrutia, María I. y Rodrigo, María (1999) *Desarrollo psicológico, nutrición y pobreza.* Rev. Soc. Bol. Ped. 1999; 38(Suplement 1): S10-S18.

Duncan, Greg, Jeanne Brooks-Gunn, W. Jean Yeung, Judith R. Smith. (1998). "*How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children?*" in American .Sociological Review, 1998, Vol. 63 (June: 406-423).

Engle P. L., Zeitlin, M. (1996). *Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children.* J Nutr 1996;126:1808-16.

Engle, P. L., Menon, P., Haddad, L. (1997). *Care and nutrition: concepts and measurement*. Food Consumption and Nutrition Division, Washington DC.

Engle, P. (1998). *La iniciativa sobre la atención. Evaluación, análisis y acción para mejorar la atención relacionado con la desnutrición*. New York: UNICEF.

Engle P. L., Bentley M., Pelto, G. (2000). *The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda.* Proc Nutr Soc 2000;59:25-35.

Engle, P. L., with L. Lhotska and H. Armstrong. (1997). The Care Initiative: Guidelines for Analysis, Assessment and Action to Improve Nutrition. New York: UNICEF

Erickson, E. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ferguson, DM et al. (1987) *Breastfeeding and subsequent social adjustment in six- to eight-year-old children.* J Child Psychol Psychiatr Allied Discip 1987; 28:378-86.

Fonagy, P. (1999). *Persistencia Intergeneracionales del apego, una nueva teoría.* Publicado en la Revista Nº 003. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis. Madrid, España.

Garbarino, J. (1995). *Raising Children in a Socially Toxic Environment*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Garbarino, J. y Ganzel, B. (2000). *The human ecology of early risk.* En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds), Handbook of Early Childhood Intervention (2nd Edition) (pp. 76-93). Cambridge: Cambridge University Press.

Garcia, M. C. (2003). *La participación de los padres como factor en programas de desarrollo infantil:* En. "Primera Infancia y desarrollo. El desafío de la década".ICBF. Alcaldía Mayor de Bogotá, DC. Departamento administrativo de Bienestar social, DABS, Save the children. Reino Unido, UNICEF, Centro Internacional de Educación y desarrollo, CINDE Bogota.

Grantham-McGregor, S. & Ani, C. (2001). *A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children*. Journal of Nutrition, 131, 649s–666s.

Grantham-McGregor, Sally; Bun Cheug, Yin; Cueto, Santiago; Glewwe, Paul; Rither, Linda and Stripp, Barbara. (2007). *Development potencial in the frist 5 years for children in devoloping countries*. The Lancet, Volumen 369, Issue 9555. pages 60-70, 6 January 2007

Greenough, W., Gunnar, M., Emde, R. N., Massinga, R., & Shonkoff, J. P. (2001). *The impact of the caregiving environment on young children's development*: *A different ways of knowing*. Zero to Three, 21(5), 16-23.

Greenspan, S. I., Wieder, S. (2006). *Infant and Early Childhood Mental Health*. A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention. American Psychiatric Publishing, Inc.

Hernández Córdoba, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana.*, Bogotá DC.: Universidad Santo Tomás.

Hoffmann, M. (1996). *Desarrollo Humano y ambiente facilitador y respeto*. Revista La Tiza. Órgano de difusión del sindicato argentino de docentes particulares. Argentina.

Instituto Apoyo (2001). *Revisión de literatura nacional e internacional referida a factores asociados a la desnutrición crónica*. *Una aproximación desde la metodología del meta-análisis.* http://www.prisma.org.pe/download/Estudio_Complementario.pdf

Klaus, M. H. y Kennel, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact or early separation or loss on family development,* Saint Louis: Mosby.

Klaus, M., Klaus, P. (1998). *Your amazing newborn*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.

Kotliarenco, M. A.; Alvarez, C.; y Cáceres, I. (1996). *Una nueva mirada de la pobreza.* Foro Mundial 1995: La Persona Menor de Edad como Prioridad en la Agenda Mundial ¿Qué es lo necesario?. Puntarenas, Costa Rica.

Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I. y Fontilla, M. (1997). *Estado de Arte de la Resiliencia.* OPS/CEANIN. Chile.

Landers, C. (1991). *A theoretical basis for investing in early child development:* Review Current Concepts. Op. cit.

Lecannelier, F. (2008). Apego e intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental.

Lartigue, T., Maldonado, M. y Ávila, H. (1998). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdés editores.

Maldonado, M.; Lecannelier, F., Lartigue, T. (2008). *Aspectos Evolutivos de la relación Madre-bebé.* Perinatol Reprod Hum Volumen 22, 15-25.

Martinez, R. y Fernández, A. (2003). *Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe*. Artículo que se basa en los resultados generados por el Convenio de Cooperación Técnica entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Martorell, R. (1996). *Undernutrition During Pregnancy and Early Childhood and its Consequences for Behavioral Development*. Ponencia preparada para la conferencia del Banco Mundial sobre el Desarrollo Infantil Temprano: Invirtiendo en el Futuro (Early Child Development: Investing in the Future), 8 y 9 de abril de 1996.

Maslow, A. (1991). Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Meleis, A. (1985). *Estratégias para o desenvolvimento de teorías de enfermagem. In: Anais do Simpósio Brasileiro de teorías de Enfermagem*. Florianópolis, Brasil.

Melhuish, E. C. (2001). *The quest for quality in early childcare and pre-school experience continues.* International Journal of Behavioral Development 25: 1-6.

MINSA (2010). *Promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil*. Documento técnico. Dirección de Promoción de la Salud y Programa de Apoyo a la reforma del sector salud. PARSALUD.

Moneta, M. E. (2007). *Apego, Resiliencia y Vulnerabilidad a enfermar: Interacciones Genotipo-Ambiente*. Rev. GPU, 3:3:321-326. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Laboratorio Genética Humana.

Moreno Esteban, B., J. A. F. Tresguerres. (1996). *Retrasos del crecimiento*. Ediciones Díaz de Santos.

Mönckeberg, B. F. (1988). *Desnutrición Infantil*. Editora Creces Ltda.

_____. (2003). *Prevención de la desnutrición en Chile*. *Experiencia vivida por un actor y espectador.* Revista chilena. Vol. 30 supl. 11. pp 160-176.

Mustard, F. (2003). *Desarrollo infantil inicial. Salud aprendizaje y comportamiento a lo largo de la vida.* En. "Primera Infancia y desarrollo. El desafío de la década".ICBF. Alcaldía Mayor de Bogotá, DC. Departamento administrativo de Bienestar social, DABS, Save the children. Reino Unido, UNICEF, Centro Internacional de Educación y desarrollo, CINDE Bogota.

Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven*. Publ Cient N° 545. OPS OMS, 1993

_____. (1994). *Estudios de prácticas de Crianza. Contexto general*. Colección Prácticas de Crianza. Bogotá. CELAM, UNICEF, SELAC, 1994.

Oliva Delgado, A. (1995). *Controversia entre herencia y ambiente*. Universidad de Sevilla.

OMS (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Suiza.

_____. (2004). *Estudio multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento (EMPC).* Food and Nutrition Bulletin 2004;25(supplement 1):S3-S84

_____. (2005). *Informe de la Salud en el Mundo*. Ginebra. Suiza.

Orthner, D., & Neenan, P. A. (1996). *Children's Impact on Stress and Employability of Mothers in Poverty.* Journal of family Issuess, 17, 667-686.

OPS (2008). La desnutrición en Lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzado los objetivos del desarrollo del Milenio. Washington, D.C.

Osborn, A. (1990). *Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children*. Early Child Development and Care 62: 23-47.

Oiberman, A. (2001). *Observando a los Bebes. Un estudio de una técnica de información de la relación madre- hijo.* Lugar Editorial.Buenos Aires

Pacora, P., Capcha, E., Esquivel, L., Ayala, M., Ingar, W., Huiza, L. (2005). Anales de la Facultad de Medicina de Lima, UNMSM. Lima, 2005-66(4). *La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y el recién nacido.*

Pelto, G., Levitt, E., Thairu, L. (2003). *Improving feeding practices: current patterns, common constraints,and the design of interventions. Food Nutr Bull2003; 24:45-82*

Pollak, S. D., Wismer Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. (2005). Proc. Natl. Acad. Sci. USA 102:, 17237–17240.

Pollitt, E., Jacoby, E. y Cueto, S. (1996). *Desayuno escolar y rendimiento: a propósito del Programa de Desayunos Escolares de FONCODES en el Perú*. Lima: Apoyo.

Pollitt, E. (2000). La *Desnutrición en el Escolar Peruano.* Pontificia Universidad Católica del Perú.

_____. (2007). *Desnutrición, pobreza e inteligencia.* Segunda Edición. Universidad Ricardo Palma, Lima/Perú.

Porter, R. H. (2004). *The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours.* Acta Paediatr 2004; 93: 1560-1562.

Rahman, A. et al. (2004). *Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness.* A Cohort Study Arch Gen Psy 2004;(61):946-952.

Richter, L. (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children*. A review. Geneva, WHO.

Righard, et al. (1990). *Effect of delivery room routines on success of first breast-feed*. The Lancet. Volume 336, Issue 8723, 3 November 1990, Pages 1105–1107.

Rivara, D, G et al. (2007). *Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz*. Revista Peruana de Pedriatría 60 (3) 2007.

Rodrigo, A et al. (2006). *Creencias y prácticas de crianza, en familias pobres del conurbano bonaerense*. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):203-209 / 203

Ruel, M. T., Levin C. E., Armar-Klemesu M., Maxwell (1999). DG, Morris SS. *Good care practices mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: evidence from Accra.* World Development 1999;27:1993-2009.

Ruel, M. and P. Menon (2002). *Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin-America: innovative uses of the demographic and health surveys. Journal of Nutrition.* Vol. 132, 1180-1187

Sandoval, P., A.; Reyes Morales, H.; Perez Cuevas, R,; Onico Torres, E. (2002). *Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años* . Salud Pública de México. Vol. 44, Nº 1

Scarr, S. (1985). *Constructing psychology: making facts and fables for our times. American.* Psychologist, vol.40, n.5, pp. 499-512.

Schore, A. N. (2001). *The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health.* Published in Infant Journal of Mental Health, 2001, 22, 7-66.

Scrimshaw, N. (1995). *Community-based Longitudinal Nutrition and Health Studies: Classical Examples from Guatemala, Haiti and Mexico*. International Foundation for Developing Countries (INFDC). Boston, MA USA. All Rights Reserved.

Segura, et al. (2006). *Registro de Datos en un servicio de Crecimiento y Desarrollo Infantil del nivel Primario*. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Lima. pp 59.64

Shonkoff, Jack P. and Deborah Phillips Eds. (2003). *From Neurons to Neighborhoods*. National Academies Press, Washington DC.

Silver, H.K., Finkelstien, M. (1967). *Deprivation dwarfism.* The Journal Pediatrics 70-317-324.

Skeels, H. M. (1996). *Adult Status of children with contrasting early experiences. A follow- up study* Monographs of the Society for Research in Child Development 31, Nº 3, 165.

Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós, primera edición.

Sternin, M., Sternin, J., Marsh, D. L. (1997). *Rapid, sustained childhood malnutrition alleviation through a positive-deviance approach in rural Vietnam: preliminary findings. In: Wollinka O, et al., eds.Hearth nutrition model: applications in Haiti, Viet Nam and Bangladesh.* Arlington, VA: BASICS, 49-61, 1997.

Somers, M. A. and J. D. Willms, (2002). *"Maternal Depression and Childhood Vulnerability," in Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth, J. Doug Willms*, ed. (Alberta: University of Alberta Press, 2002): 211–228.

Spitz, R. A. (1985). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica, México, novena reimpresión.

Stutman Zapata, A. *Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre.*

Tesone, M. (2002). *Sexualidad y Lactancia*. II Congreso Español de Lactancia Matema. Sevilla.

Thorne, C. (1999). *Los efectos del nivel socioeconómico y la cultura en el desarrollo del niño en el Perú*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Congreso Interamericano de Psicología.

UNICEF (1990). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries.* A UNICEF policy review. New York, USA.

Vera, J.A.N., Morales, D. K. N. & Vera, C. N. (2005). *Relación del Desarrollo Cognitivo con el Clima Familiar y el Estrés de la Crianza*. Psico-USF, 10, 2, 161-168.

Vera, N. J. (1996). *Evaluación de un modelo descriptivo sobre atención primaria en Salud y desarrollo infantil en zonas rurales*. Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. , México.

Vigotsky, L. (1986). *Pensamiento y Lenguaje. Cognición y desarrollo humano*. Madrid, España: Ediciones Paidós.

Watson, J. (1979*). Nursing: the philosophy and science of caring*. Litte Brown. Boston.

Winnicott, D. W. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Editorial Laia. Barcelona

Winnicott, D. W., et al. (1978). *Donald W. Winnicott*. Buenos Aires: Editorial Trieb.

Winnicott, D. W. (1987). *Babies and their Mothers*. Reading,Mass, Addison-Wesley.

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Zeitlin, M., Ghassemi, H., Mansour, M. (1990). *Positive deviance in child nutrition: with emphasis on psychological and behavioral aspects and implications for development*: United Nation University Press.

Anexo 1. Entrevista a profundidad al cuidador

Nombre del entrevistado: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño o niña: _____ Edad: _____

1. ¿Cuéntame como te enteraste que estabas embarazada?
2. ¿Cómo fue tu embarazo? ¿Qué es lo más te gustó y que lo menos te gustó?
3. ¿Durante tu embarazo cómo te comunicabas con tu bebé?
4. ¿Alguien más se comunicaba con tu bebé durante tu embarazo? ¿Cómo se comunicaba?
5. ¿Dónde diste a luz? Recuerdas que pasó durante el parto? ¿Después que nació tu bebé cuanto tiempo pasó para que te lo trajeran y puedas estar con él o le des de lactar?
6. ¿Cómo es tu hijo(a), que te gusta y que no te gusta de él o ella?
7. ¿Cuando dejas a tu bebe con otra persona, cómo se comporta tu bebé, se acostumbra a otros brazos?
8. ¿En qué momentos brindas afecto a tu hijo, cómo lo haces?
9. ¿Hay momentos en lo cuales se te hace difícil demostrarle tu afecto? ¿Qué momentos?
10. ¿Crees que exista relación entre la salud y estado nutricional de tu niño y el afecto que le brindas? Si o No ¿Por qué?